Aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der
Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums
Steglitz der Freien Universität Berlin
Leiter: Prof. Dr. H. H. Studt

DIE BEDEUTUNG PSYCHOSOZIALER FAKTOREN FÜR DAS STILLVERHALTEN

— Eine empirische Untersuchung an 159 Primiparae —

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Elke Wäscher
aus Berlin

1985

Druck: Copy-Center in Dahlem
Ladenbergstraße 2-4
1000 Berlin 33
Tel. 831 40 25

Aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitäts-
klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin
Leiter: Prof. Dr. H. H. Studt

DIE BEDEUTUNG PSYCHOSOZIALER FAKTOREN FÜR DAS STILLVERHALTEN

- Eine empirische Untersuchung an 159 Primiparae -

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Elke Wäscher
aus Berlin

Referent: Prof. Dr. H. H. Studt

Korreferent: Prof. Dr. M. Stauber

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am 9.10.1985

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	7
2.	Literaturübersicht	10
2.1.	Historische Entwicklung des Stillverhaltens	10
2.1.1.	Zahlenangaben zur Stillfrequenz und -dauer	13
2.2.	Vorteile des Stillens gegenüber künstlicher Ernährung	14
2.2.1.	Vorteile der Muttermilchzusammensetzung	15
2.2.2.	Psychophysiologische und psychologische Vorteile des Stillens für Mutter und Kind	17
2.3.	Stillfähigkeit und Stillprobleme	24
2.4.	Psychosoziale Unterschiede stillender und nicht stillender Frauen	28
3.	Fragestellung	33
4.	Methode	34
4.1.	Art der Untersuchung	34
4.2.	Patientinnenkollektiv	35
4.2.1.	Gruppeneinteilung	35
4.3.	Fragebogen	36
4.3.1.	Erhebungsfragebogen	36
4.3.2.	Gynäkologische Daten	36
4.3.3.	Stillfragebogen	37
4.3.4.	Gießen-Test	37
4.3.5.	S-S-G-Fragebogen	38
4.4.	Auswertung	39
5.	Verlauf der Untersuchung	40
6.	Ergebnisse	42
6.1.	Stilldauer	42
6.2.	Erhebungsbogen	43
6.2.1.	Alter und Sozialdaten	43

Seite

6.2.2. Kinderwunsch und Säuglingspflegekurs 45
6.2.3. Stillabsichten 46
6.3. Gynäkologische Daten 47
6.4. Stillfragebogen 48
6.4.1. Einstellung zum Stillen 48
6.4.2. Einfluß von Partner und Umwelt 52
6.4.3. Klinikeinfluß 55
6.4.4. Stillpraxis 56
6.4.5. Stillprobleme 60
6.4.6. Gründe für das Stillende 64
6.5. Gießen-Test 66
6.5.1. Vergleich mit Normwerten 67
6.5.2. GT-Skalen und Stilldauer 69
6.5.3. Einzelitemanalyse 76
6.6. S-S-G-Fragebogen 84
6.6.1. Vergleich mit den Normwerten 84
6.6.2. S-S-G-Skalen und Stilldauer 86
6.6.3. Ausgewählte S-S-G-Items 90

7. Diskussion 93
7.1. Allgemeine psychosoziale Faktoren und Stillverhalten 93
7.2. Persönlichkeitsmerkmale und Stillverhalten 107
7.2.1. Erste Stillgruppe 108
7.2.2. Zweite Stillgruppe 109
7.2.3. Dritte Stillgruppe 111
7.2.4. Zusammenfassende Betrachtungen der gruppenspezifischen Persönlichkeitsmerkmale 113
7.3. Schlußbetrachtung 114

8. Zusammenfassung 117

Seite

9. Literaturverzeichnis 119

Anhang: Fragebogen u.a. 132

Danksagung

Lebenslauf

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549619_0019

1. Einleitung

In unserer hochtechnisierten Gesellschaft ist es möglich geworden, durch die Entwicklung bis hin zu "volladaptierten" Fertigmilchprodukten auf Kuhmilchbasis einen Ersatz für Muttermilch zu schaffen, der sich auf die Entwicklung und das Gedeihen von Säuglingen scheinbar nicht nachteilig auswirkt.

Was für die wenigen Säuglinge, die durch Krankheit oder Tod der Mutter oder nach Adoption auf die Muttermilch verzichten müssen, einen segensreichen und teilweise lebensrettenden Erfolg darstellt, hat für die meisten Kinder zur Folge, daß auch sie ohne zwingenden Grund überwiegend mit der Milchflasche ernährt werden.

Da das Stillen aber nicht nur als eine Ernährungsform anzusehen ist, sondern darüber hinaus dem jungen Menschen all das liefern kann, worauf er in den ersten Lebensmonaten so entscheidend angewiesen ist, wie Nähe, Körperkontakt und permanente Verfügbarkeit auf der einen, eigene Entwicklung zur Aktivität und Konzentration auf der anderen Seite, um nur einiges zu nennen, muß der Entzug der Mutterbrust folgenschwer sein.

Die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings wird mit der Milchflasche, so wie sie bei uns überwiegend gehandhabt wird, vom ersten Tag an manipuliert. Reglementierte Trinkmengen von 200 - 220 ml fünfmal am Tag werden jedem Kind unterschiedslos verabreicht, Schnuller und "Beruhigungsteeflaschen" liefern weiteren Ersatz für die Brust.

Beunruhigend muß die gesellschaftliche Einstellung zur Säuglingsernährung erscheinen, wenn in der Öffentlichkeit das Aufknöpfen der Bluse zum Zwecke des Stillens mehr Ver-

wunderung - und auch Ablehnung - hervorruft als die Gabe einer Saugflasche.

Erfreulicherweise zeichnet sich nach jahrzehntelanger Stillfeindlichkeit ein neuer Trend ab. Seit Beginn der 70er Jahre hat eine Stillrenaissance eingesetzt und in den sozial höheren Schichten werden die Kinder wieder länger gestillt. Das Stillen steht damit wieder zur Diskussion. Viele Selbsthilfegruppen sind entstanden und eine Reihe von populärwissenschaftlichen Arbeiten haben dafür gesorgt, die Vorteile des Stillens allen Bevölkerungsschichten bekannt zu machen. In einer Gesellschaft aber, in der die Großmütter keine, wenige oder gar negative Stillerfahrungen besitzen, Freundinnen und Nachbarinnen der jungen Mutter vielleicht nicht stillen wollen oder "können", haben die Frauen es schwer, mit Stillproblemen fertig zu werden. Unsicherheit und Unwissen beherrschen das Stillgeschehen und trotz größter Stillbereitschaft bleibt oftmals der erwartete Erfolg aus. Noch immer stillen weit weniger als die Hälfte aller Mütter länger als ein paar wenige Wochen.

Auch die Wissenschaft hat sich des Stillthemas angenommen; das beweist die reichhaltige Literatur, die in den letzten zwanzig Jahren dazu beigetragen hat, keinen Zweifel mehr am gesundheitlichen, psychohygienischen und auch präventivmedizinischen Nutzen der Muttermilch bestehen zu lassen. Die komplexe Bedeutung für Individuum und Gesellschaft läßt sich wohl nicht immer nur rein sachlich darstellen, da die damit verbundenen psychologischen Aspekte leicht Anlaß zu Spekulationen geben und damit häufig ins Fahrwasser von hartnäckigen Ideologien geraten und so Ablehnung auslösen können. In unserer Zeit läßt sich nichts mehr ohne Beistand und Einfluß von wissenschaftlich authorisierten Fachleuten verändern. Daher scheint es angezeigt, daß sich die Medizin - mehr noch als bisher - des Stillens annimmt.

Um das Stillen nicht auch weiterhin zu einem Exklusivrecht von Kindern sozial höherer Schichten zu machen und damit ihre Privilegiertheit noch zu vergrößern, muß es einem weiten Bevölkerungskreis neu erschlossen werden. Die Mitarbeit der Entbindungskliniken ist dringend erforderlich, denn hier werden die Grundlagen, zumindest in der Stilltechnik, zum erfolgreichen Stillen gelegt. Gynäkologen, Pädiater, Hebammen und Säuglingsschwestern müssen davon überzeugt werden, daß neben der Sorgfaltspflicht für das Kind während Schwangerschaft und Entbindung darüber hinaus für sein Wohl in Form des Brutstillens zu sorgen ist. Nur wenn von ihnen übereinstimmend die Überzeugung vertreten wird, daß das Stillen einen unschätzbaren Wert darstellt, erst dann wird es seine "Natürlichkeit" zurückgewinnen.

2. Literaturübersicht

2.1. Historische Entwicklung des Stillverhaltens

Bis vor zwei Jahrhunderten war das Stillen - überwiegend von der eigenen Mutter - die übliche und einzige Ernährungsform für den Säugling.

Zeugnisse aus dem 16. Jahrhundert, nach denen in einigen Gegenden Europas das Stillen abgelehnt wurde, das Ammenwesen der höheren sozialen Schichten und die hohe Säuglingssterblichkeit von weit über 30 Prozent, die sich nicht nur durch die mangelnden hygienischen Verhältnisse und die fehlenden Therapeutika bei Seuchen erklären läßt, weisen auf eine deutliche Ambivalenz dieser scheinbar natürlichen menschlichen Verhaltensweise hin. Die weit verbreitete Tendenz, frühere Lebensformen - und so auch das Stillverhalten - zu idealisieren, erweist sich häufig als zweifelhaft (BULLOUGH 1980, ENDE 1980). Mit der Industriellen Revolution und der daraus resultierenden Frauenarbeit, die mit einer längeren Trennung von Mutter und Kind verbunden war, begann ein stetiger Rückgang der Stillfrequenz. Die erste Konsequenz war, daß sehr viele Säuglinge starben. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden durch die Entwicklung des Gummisaugers 1845, die bessere Aufbereitung von Kuhmilch und die Pasteurisierung zunehmend Ersatzmöglichkeiten geschaffen, die dem Kind eine Überlebenschance auch ohne Muttermilch sicherten (BOOTH 1974).

Durch die allgemeinen sozioökonomischen Veränderungen verschwand gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Person der Amme vollständig, was weiterhin die Entwicklung hochwertiger Milchprodukte für die Erfordernisse des Säuglings vorantrieb.

Bis zum Beginn unseres Jahrhunderts wurde das unreglementierte Stillen, d. h. das Stillen zu jeder Zeit, zu der das Kind durch Schreien sein Verlangen nach der Brust zum Ausdruck bringt, praktiziert. Sowohl BENTOVIM (1976) als auch NEWTON (1971) sehen in der 1919 von Czerny vorgebrachten Warnung hinsichtlich der Schädlichkeit des Stillens nach dem Self-Demand-Prinzip für die Entwicklung des Kindes den groben Bruch mit biologischen Regeln und damit den Anfang aller Stillprobleme. Denn in der Folgezeit wurden Stillregeln aufgestellt, die von Uhr und Waage geprägt waren, und an die sich der junge Säugling und die Mutter nun anzupassen hatten. Dies scheint auch der Auftakt der seither stets kontroversen Kindererziehung gewesen zu sein, der paradoxerweise gerade zu der Zeit entstand, in der kurz zuvor FREUD (1961) auf die fundamentale Bedeutung der ersten Lebensjahre aufmerksam gemacht hatte.

Die kontinuierliche Abnahme der Stilltätigkeit ging seit den 30er Jahren in einen drastischen Rückgang der Stillfrequenz und vor allem der Stilldauer über. In den Vereinigten Staaten stillten 1966 nur noch 18 Prozent aller Mütter ihr Kind während ihres Klinikaufenthaltes nach der Entbindung; die Stilldauer betrug nur wenige Tage oder Wochen (WINIKOFF 1980).

In Deutschland ist die Abnahme der Stilltätigkeit vergleichbar der anderer Staaten der Westlichen Welt. Es entstand allerdings eine kurze Unterbrechung während der familienideologisierten Nazi-Propaganda, in der die Stillfrequenz wieder auf über 95 Prozent anstieg (ENDE 1980). Bis zum Ende der 60er Jahre hatte sich die künstliche Säuglingsernährung so etabliert, daß sie kulturell und gesellschaftlich voll anerkannt war und das Stillen vollständig in eine Außenseiterposition gedrängt hatte.

Über die Motive und Gründe, die diese Entwicklung so radikal vorangetrieben haben, kann nur spekuliert werden. Da das Stillen von vielen Frauen als Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit erlebt wird, wurde mit der technischen Errungenschaft hochwertiger Babynahrung ein wesentlicher Beitrag zur Emanzipation der Frau geleistet, der ihr die Möglichkeit gibt, ihren Interessen nach Berufstätigkeit, Reisen, Sport u. a. unabhängig vom Kind nachzugehen. Die berufliche und gesellschaftliche Gleichberechtigung der Frau ist und war dringend notwendig und insofern mag die Milchflasche als ein echter Fortschritt gewertet werden. Auf dieser Position war es möglich geworden, die Frauen- und Mutterrolle neu zu überdenken und zu definieren (BULLOUGH 1980).

So bezeugt auch die 1956 gegründete Selbsthilfegruppe der La Leche League International, die bis heute auf über 3000 Gruppen in allen Industrienationen angewachsen ist, daß sich wieder viele Frauen neu mit dem Stillthema beschäftigen wollen (TOMPSON 1976). Seit Beginn der 70er Jahre scheint eine allgemeine Rückbesinnung auf natürliche, d. h. jetzt alternative Lebensformen eingesetzt zu haben und dieser Trend schlägt sich auch in einer Stillrenaissance nieder. Aber nachdem es über Jahrzehnte so ausgezeichnet gelungen war, das natürliche Stillen durch starre Fütterungspläne vorgefertigter Industrieprodukte zu ersetzen, steht man jetzt plötzlich vor der Tatsache, mit manifesten Stillproblemen fertig werden zu müssen. Außerdem können dem Stillverhalten kaum noch instinktive Impulse zuzuordnen sein (TYLDEN 1977).

Deshalb kann es nicht verwundern, wenn trotz zunehmender Werbung für das Stillen die Zahlen für die Stillfrequenz und -dauer nach den letzten Untersuchungen auch weiterhin unbefriedigend aussehen.

2.1.1. Zahlenangaben zur Stillfrequenz und -dauer

Aus zahlreichen anglo-amerikanischen Untersuchungen läßt sich ermitteln, daß die Stillfrequenz, d. h. die Anzahl der Frauen, die überhaupt zu stillen beginnen, gegen Ende der 70er Jahre deutlich zugenommen hat. Sie beträgt dort im Durchschnitt 60-70 Prozent. Von diesen Frauen haben jedoch zwischen 40 und 70 Prozent schon innerhalb der ersten drei Monate abgestillt, 10-20 Prozent stillen noch nach sechs Monaten und höchsten 5 Prozent nach einem Jahr (CHIN et al. 1981, LYON et al. 1981, WEST 1980, YEUNG et al. 1981). Das Zahlenmaterial aus der Bundesrepublik und der Schweiz kann ebenfalls eine zunehmende Stillfreudigkeit belegen.

Aus der Untersuchung von ELLIES (1977) geht hervor, daß von 77 Prozent der Frauen, die während ihrer Schwangerschaft eine positive Stillabsicht bekundeten, 57 Prozent während ihres Klinikaufenthaltes stillten. Doch nur 18 Prozent stillten länger als vier Wochen und etwa 4 Prozent länger als drei Monate. Eine statistische Erhebung des Instituts für Psychohygiene in Brühl ermittelte von 1975-1977, daß 47 Prozent der Mütter überhaupt nicht stillten, 40 Prozent über den Krankenhausaufenthalt hinaus und nur 6 Prozent länger als drei Monate (BIERMANN u. BIERMANN 1977).

Eine große Umfrage an 615 bundesdeutschen Entbindungskliniken ergab allerdings nur in grober Schätzung, daß zum Zeitpunkt der Klinikentlassung 31 Prozent der Kinder voll gestillt wurden, 39 Prozent teilweise und 30 Prozent gar nicht (MÜLLER 1980). Eine 1980 durchgeführte Untersuchung eines Hamburger Krankenhauses gibt die Stillfrequenz dort mit 93,5 Prozent an. Nach vier Wochen stillen noch 86 Prozent der Frauen, nach zwölf Wochen 57 Prozent und nach einem halben Jahr 31 Prozent. Wegen der niedrigen Rücklaufquote des zugrunde liegenden Fragebogens von 49,2 Prozent muß dieses auffallend positive Ergebnis mit einiger Einschränkung betrachtet werden (GARBE u. MARTIN 1983). TÖNZ et al. (1980) führten 1978 in der Schweiz eine groß angelegte

Studie über die Säuglingsernährung in den ersten sechs Lebensmonaten durch. Die Stillfrequenz betrug 92 Prozent, während des Wochenbettes stillten 68 Prozent der Mütter voll. Nach zwei Monaten wurden noch 60 Prozent der Säuglinge gestillt (40 Prozent voll), nach vier Monaten 30 Prozent (15 Prozent voll) und nach sechs Monaten 18 Prozent (2 Prozent voll).

Anhand der Daten zur Stillfrequenz läßt sich erkennen, daß in der Tat eine Stillrenaissance eingesetzt hat. Dennoch besteht aufgrund der Angaben zur Stilldauer kein Anlaß zur Zufriedenheit, weil schon aus ernährungsphysiologischer Sicht eine ausschließliche Ernährung mit Muttermilch wenigstens während der ersten sechs Lebensmonate des Säuglings zu fordern ist.

2.2. Vorteile des Stillens gegenüber künstlicher Ernährung

Die ernährungsphysiologischen, immunologischen, antiallergischen, biochemischen, hygienischen, kontrazeptiven und ökonomischen Vorteile der Muttermilch sind in der Literatur hinreichend dokumentiert.

Abgesehen von den extrem seltenen Fällen, in denen die Mutter z. B. einer Zytostatikatherapie bedarf oder einer Schwermetallintoxikation ausgesetzt war, besteht ärztlicherseits keine Indikation für künstliche Ernährung des Säuglings.

Obwohl die modernen Säuglingsnahrungen für die Mortalität des Neugeborenen und Säuglings heute keine Gefahr mehr darstellen, wird wegen der zur Verfügung stehenden Antibiotika häufig außer acht gelassen, daß sich die Morbidität gestillter und nicht gestillter Kinder signifikant unterscheidet. So belegte CUNNINGHAM (1977) in seiner Studie eindrucksvoll, daß auch jetzt noch die Morbidität der nicht gestillten Kinder fast dreimal so hoch ist wie die gestillter Kinder.

Da die Antibiotika-Therapie durch zunehmende Resistenzentwicklungen in Zukunft noch kritischer gesehen werden muß, besteht eine große präventivmedizinische Aufgabe in der Förderung des Stillens.

2.2.1. Vorteile der Muttermilchzusammensetzung

Der jahrzehntelangen Euphorie über adaptierte oder sogar "voll" adaptierte Säuglingsnahrungen auf Kuhmilchbasis wich in den letzten Jahren die nüchterne Erkenntnis, daß es sehr wahrscheinlich nie gelingen wird, die Muttermilch in ihrer hochkomplexen Zusammensetzung, die längst noch nicht in allen Bestandteilen bekannt ist, zu kopieren. Durch die verfeinerten biochemischen Analysen und die Untersuchungen zahlreicher Muttermilchproben wurde klar, daß es eine einheitliche Muttermilchstruktur nicht gibt. Neben der schon länger bekannten Unterscheidung von Früher Milch = Kolostrum, Übergangsmilch und Reifer Muttermilch variiert die Zusammensetzung nicht nur zwischen verschiedenen Müttern, sondern auch bei einer Frau in mehreren Proben zum Teil erheblich, was mit biologischen und ernährungsabhängigen Unterschieden in Zusammenhang gebracht wird (GRÜTTNER 1976).

Bekanntlich unterscheidet sich die Muttermilch mit Ausnahme von Wasser in allen Bestandteilen von der Kuhmilch. Im folgenden wird eine Auswahl der bisher gefundenen Ergebnisse referiert, die weniger auf die biochemischen Strukturen eingeht, als daß sie ihre praktisch-medizinischen Konsequenzen aufweisen soll.

Die immunologischen und antiallergischen Substanzen, insbesondere das Serum-IgA, bieten wohl den augenfälligsten Vorteil der Muttermilch, da sie bisher unnachahmlich scheinen. Über lokale Schutzfunktionen im Darm verhindern sie das Auftreten von im Säuglingsalter so gefährlichen Diarrhöen

durch die Besiedlung mit pathogenen Keimen (HANSON 1973). Wie durch die verheerende Einführung der Milchflasche in verschiedenen Dritte-Welt-Ländern bekannt geworden ist, genießen künstlich ernährte Säuglinge ihren Schutz nur durch die Antibiotikatherapie und strenge hygienische Flaschenzubereitungen, die je nach Sterilisationsverfahren der Flaschen jedoch zusätzliche Noxen (z. B. Milton^{R}) einbringen können.

Die immunologischen Vorzüge der Muttermilch werden auch direkt verantwortlich gemacht für das signifikant geringere Auftreten von zahlreichen Erkrankungen gestillter Kinder, wie der Gastroenteritis, Infektionen des Respirationstraktes, der Otitis media, Kuhmilch- und anderer Allergien, Asthma brochiale u. a., die sogar nach dem Stillende ihre positiven Auswirkungen zeigen (WINIKOFF 1980).

Der wesentlich höhere Proteingehalt der Kuhmilch, der in volladaptierten Präparaten schon erheblich gesenkt werden konnte, bietet dem Säugling keinesfalls den Vorteil eines besseren Wachstums oder einer gesteigerten Infektabwehr, wie früher fälschlich angenommen wurde. Er scheint durch eine höhere Belastung des Darms und der Nieren eher schädigende Wirkung zu haben. Beobachtungen, bei denen eine stärkere Gewichtszunahme von Säuglingen, die sich von Muttermilch auf Kuhmilch umstellen mußten, festgestellt wurde, werden ausschließlich auf Ödembildungen zurückgeführt (GRüTTNER 1976).

Gleichzeitig wird die Ernährungsform im Säuglingsalter seit langem für die Übergewichts- und Fettsuchtproblematik des späteren Alters diskutiert. Fest steht, daß ausschließlich gestillte Kinder nicht überfüttert werden können, weil sie in Anbetracht des anstrengenden Saugaktes nur so viel Nahrung zu sich nehmen, wie sie brauchen. Ob die häufig anzutreffende Überfütterung künstlich ernährter Säuglinge, denen der natürliche Selbstregulationsmechanismus fehlt,

durch die Kuhmilch allein, durch ein Zuviel oder durch die damit verbundenen, meist zu früh einsetzenden Zufütterungspraktiken von Obst-, Gemüse- oder Milchbreien bedingt ist, konnte bisher noch nicht eindeutig geklärt werden (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 1978).

Durch die unterschiedliche Aminosäurenzusammensetzung, die mit Tyrosin und Phenyalanin weit höher in der Kuhmilch anzutreffen ist, oder durch das erhöhte Eiweißangebot, das ebenfalls zu einer Erhöhung des Tyrosinspiegels im Blut führt, kann eine Störung der Intelligenzentwicklung verbunden sein (MENKES et al. 1972).

Diese Ergebnisse wurden von RODGERS (1980) zum Anlaß genommen, eine Untersuchung durchzuführen, die die Ernährungsweise im Säuglingsalter mit späteren intellektuellen Fähigkeiten im Schulalter verglich. Selbst unter Einbeziehung unterschiedlicher familiärer Sozialstrukturen konnte er mit Hilfe von Leistungstests zeigen, daß die ausschließlich mit Flaschennahrung aufgewachsenen Kinder signifikant niedrigere Scores aufwiesen als die nur gestillter Kinder.

Weniger spektakulär, aber dennoch weitreichend ist die Gegenüberstellung des Mineralangebots, das besonders mit Natrium wesentlich höher in der Kuhmilch vorhanden ist und bisher auch in den volladaptierten Milchprodukten nicht gesenkt werden konnte. Die erhöhte Natriumzufuhr stellt eine akute Belastung des renalen Systems dar, kann durch die entstehende Durstentwicklung zur Hyperalimentation und durch den ätiologisch vermuteten Zusammenhang zur Hypertonie als Spätfolge führen (GRÜTTNER 1976).

2.2.2. Psychophysiologische und psychologische Vorteile des Stillens für Mutter und Kind

Die Diskussion um die psychologischen Vorteile des Stil-

lens, die meist nur aus den oberflächlichen Schlagworten wie Geborgenheit, Nähe, Hautkontakt, Förderung der Mutter-Kind-Beziehung u. a. bestehen, wird von Medizinern wie Laien nicht selten polemisch geführt und sie zeigt damit in aller Deutlichkeit, wie tiefverwurzelt der Glaube an die Äquivalenz von Brust und Flasche bei uns ist. Aber in der Tat fällt es nicht leicht, dieses äußerst komplexe und sensible Thema so überzeugend darzustellen, daß es nur sachlich und präzise den derzeitigen Wissensstand aus Medizin, Psychologie und Soziologie wiedergibt.

Für das Neugeborene, das durch die Geburt aus seiner körperlichen Symbiose mit der Mutter gerissen wird, besteht durch sein angeborenes Oralsensorium die Möglichkeit, durch das Saugen an der Brust eine andere Art der Symbiose mit der Mutter einzugehen, die den Verlust der ersten ausreichend kompensieren kann.

ERIKSON (1979) formulierte schon 1950 seine bis heute gültige Hypothese des Urvertrauens, das sich in dieser oralen Phase ausbildet und den Grundstein für den emotionalen Werdegang des Individuums legt. Er setzt das Stillen als Ernährungstechnik voraus und macht das Urvertrauen direkt von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung abhängig. Weiter unten soll erläutert werden, warum die Mutter-Kind-Beziehung direkt abhängig ist vom Stillen. Nach ERIKSON führt ein mangelndes Vertrauen in der oralen Phase dazu, daß sich keine dauerhafte Ich-Identität entwickeln kann; im Erwachsenenalter kann das zu depressiven Persönlichkeitsstrukturen führen.

Die Anfänge der Objektbeziehung zum "guten oder schlechten Objekt" Mutter werden von SPITZ (1980) in direktem Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, dem Stillen, gesehen. Die oralen Befriedigungserlebnisse an der Brust sind der Ursprung der Wahrnehmung schlechthin, die von der ausschließlichen Tastwahrnehmung über den Blickkontakt zur

Mutter allmählich zu einer Fernwahrnehmung übergehen. Diese ersten menschlichen Erfahrungen mit dem Stillen fügte er in sein Modell der Kommunikationsentwicklung ein. Am Fall des Mädchens Monika, das wegen einer angeborenen Ösophagusatresie 23 Monate über eine Magenfistel ernährt wurde, zeigt SPITZ auf, welche Auswirkungen das Ausschalten der Erfahrungen mit der oralen Zone hatten. Monika zeigte in ihrem regressiven Verhalten deutlich, daß sie zu den üblichen, vergleichbaren kommunikativen Verhaltensweisen nicht in der Lage war, die sich sonst aus der frühesten Beziehung des Säuglings zur Brust zu entwickeln pflegen. Am Ende seiner Fallbeschreibung schreibt SPITZ:

"Die außerordentliche Konsequenz in der Verkettung der Anfänge semantischer Kommunikation mit Denkvorgängen einerseits, frühesten Mutter-Kind-Beziehung andererseits, gibt zu denken. Welchen Einfluß hat dann wohl die Ernährung der Säuglinge mittels einer Nährlösung durch die Flasche in unserer westlichen Welt während der letzten fünfzig bis achtzig Jahre gehabt? Daß ein solcher Einfluß im Einzelfall aufgezeigt werden kann, steht dokumentarisch fest. Aber weittragender ist die Frage, wie dies auf den Menschen der westlichen Welt, auf seine Weisen der Kommunikation, auf seine Beziehungen zu seiner Umwelt, seine verbalen und nichtverbalen Symbole und vielleicht auch auf seine Denkweisen eingewirkt haben kann" (SPITZ 1978, S. 72).

Um die Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, ihrer Entstehung, ihrer Störanfälligkeit und den damit verbundenen Folgen haben sich Autoren wie BOWLBY (1975 u. 1976) und MAHLER (1978) sehr verdient gemacht. Sie wenden sich von dem strengen Prinzip der Oralität und der Theorie der oralen Phase Freuds ab und betonen weniger das auf Nahrungsaufnahme beruhende Bedürfnis des Säuglings als das nach Kontaktaufnahme und tragfähiger Bindung strebende Bedürfnis. Dabei messen sie dem Stillvorgang im Vergleich zur Flaschenernährung kaum

einen bedeutenden Unterschied bei; sie rücken vielmehr die eigene Entwicklung der Mutter mit ihren vorangegangenen emotionalen Erfahrungen in den Vordergrund und machen davon ihre Beziehung zum Kind primär abhängig. Ohne ihre ambitionierte und wertvolle Beobachtung an Müttern und kleinen Kindern in Zweifel ziehen zu wollen, darf eine kritische Einschätzung ihrer Beurteilung des Stillens erlaubt sein. Wenn MAHLER meint, daß unter einer gewissen Berücksichtigung des Werts des Stillens dieses aber nicht zwangsläufig zur "optimal engen Beziehung von Mutter und Kind führt", dann steht das im Einzelfall sicher außer Frage. Das von ihr angeführte Beispiel einer stillenden Mutter sollte trotzdem nachdenklich stimmen:

"Eine Mutter stillte zum Beispiel stolz ihre Kinder, aber nur weil es bequem war (sie brauchte keine Flaschen zu sterilisieren); sie kam sich erfolgreich und tüchtig vor. Beim Stillen unterstützte sie ihr Töchterchen, indem sie sich über das Kind neigte und ihm die Brustwarze in den Mund schob. Sie half dem Kind nicht, indem sie es in den Armen wiegte, weil sie diese für andere freihaben wollte, ohne sich um das Tun des Säuglings kümmern zu müssen" (MAHLER 1978, S. 69).

Die Beschreibung dieser Mutter, über deren Beweggründe wir auch bei MAHLER nicht mehr erfahren, läßt ihre deprimierende Unfähigkeit erkennen, sich ihren Kindern beim Stillen hingeben zu können. Man wird sich aber lebhaft vorstellen können, wie ihre Bemutterung bei reiner Flaschengabe aussehen würde, und muß dann zu dem Schluß kommen, daß dem Kind durch das Stillen immerhin ein Minimum an Pflege (auf das die Mutter sogar stolz war!) zuteil wurde, wenn auch die Vorteile des Stillens als eine Form der Intimität zwischen Mutter und Kind fehlten.

BOWLBY und MAHLER haben entscheidend dazu beigetragen, die irreführende Behauptung der beliebigen Austauschbarkeit

von Brust und Flasche aufzustellen.

Daß es sich bei der Vorstellung der Äquivalenz von Brust und Flasche aber um einen erstaunlichen, geradezu bizarren Irrtum der ganzen Westlichen Welt handelt, diese Auffassung wird jetzt von nahezu allen Autoren, die sich unmittelbar mit dem Stillen beschäftigen, vertreten.

JELLIFFE (1977) weist darauf hin, daß die Interaktionen zwischen Mutter und Kind bei beiden Ernährungsformen grundverschieden sind. So werden nur durch das Stillen bei der Mutter die Hormonsekretion und beim Kind der gesamte sensorische Bereich, der Geruchssinn und das Gehör, stimuliert, was bei der künstlichen Ernährung völlig fehlt.

Der entscheidende Vorteil des Stillens ist aber die positive Förderung der Mutter-Kind-Beziehung. Da diese als ein Prozeß verstanden werden muß, der sich langsam entwickelt und nach der Entbindung nicht automatisch besteht, wird er durch das Stillen direkt beeinflußt; im Stillkontakt wird ein Grad der Intimität erreicht, an dem alle Sinne von Mutter und Kind durch Wärme, Hautkontakt, taktile und visuelle Reize beteiligt sind.

Die Fähigkeit der Mutter, ihren Säugling aus sich heraus zu ernähren und zu befriedigen, spielt eine wesentliche Rolle in ihrem Selbstverständnis als Frau und Mutter (WALETZKY 1979).

Durch das Vertrauen auf sich und das Kind wird sie das Selbstvertrauen in ihre sich entwickelnde Mütterlichkeit aufbauen können, das sie für das Aufziehen ihres Kindes dringend benötigt (SARLIN 1981).

KLAUS und KENNEL (1983), die die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung besonders für die Neugeborenenphase - also meist noch im Klinikbereich - herausgearbeitet haben, konn-

ten nachweisen, wie gestörte Mutter-Kind-Beziehungen beim Kind vermehrt zu Entwicklungsstörungen, Kindesmißhandlungen, Vernachlässigung und den daraus resultierenden psychischen Folgeschäden führen.

Durch das Stillen und eine positive Mutter-Kind-Bindung wird die Mutter ihrem Kind gegenüber Nachsicht entwickeln, was bekanntlich einen wesentlichen Aspekt innerhalb der Kindererziehung darstellt. Wie von NEWTON (1972) eindrucksvoll referiert wird, haben stillende Mütter später eine signifikant höhere Toleranz gegenüber sexuellen Spielen und der Masturbation ihrer Kinder entwickeln können. Dieser sensible Parameter dürfte Ausdruck dieser gewachsenen Nachsicht und des Verständnisses für das Kind sein.

In diesem Zusammenhang weist auch WALETZKY (1979) darauf hin, daß bei der Mutter durch das Stillen neue, positive Empfindungen gegenüber der eigenen Brust und dem ganzen Körper entstehen, die sich wieder positiv auf die Freude an der eigenen Sexualität auswirken.

Wie sich Prolaktin und besonders Oxytozin, die Hormone für Koitus, Geburt, Stillen und weibliche Sexualität, auf das psychische Empfinden der Frau auswirken und wie sie möglicherweise auf die Mutter-Kind-Beziehung Einfluß nehmen, wird diskutiert und ist bisher noch ungeklärt (SARLIN 1981).

Unsere Industriegesellschaft zeigt ein enormes Anwachsen von ungelösten Konflikten, die mit Isolation, Kontaktarmut, Anonymität, Beziehungslosigkeit und Alkohol- und Drogenmißbrauch einhergehen. Die hohen Scheidungsraten, die "Singlebewegung", vermehrte Aggressivität oder auch die Passivität der Jugendlichen sprechen für sich.

BOOTH (1977) macht für diese heute fast bedrohlichen Probleme das "depersonalized nursing" verantwortlich, da dadurch die Kette der biologischen Weitergabe an Erfahrungen von einer Generation auf die andere unterbrochen wird und

sich die Persönlichkeit des Individuums abnorm entwickeln wird. Wie er ausführt, liegt dem Fortbestand der Menschheit immer die Reproduktion und das Stillen zugrunde. Durch den Koitus wird die Brust stimuliert und das Stillen führt zu sexueller Stimulation; für BOOTH muß daher die Aufgabe des Stillens folgenschwer sein und zur "Dehumanisierung" führen.

BOOTHs Argumentation basiert vor allem auf den Versuchen HARLOWs (1965) mit Rhesusaffen. Nach der Geburt von der Mutter getrennte Rhesusaffenbabies wurden mit immer verfügbaren Schnullern und künstlicher Ernährung unter besten Bedingungen aufgezogen. Ihre Entwicklung war scheinbar unauffällig, sie waren sogar gesünder und schwerer als ihre unter normalen Bedingungen aufgewachsenen Artgenossen. Erst im geschlechtsreifen Alter zeigte sich, daß die männlichen Tiere impotent waren und die weiblichen nur von normalen Affen befruchtet werden konnten. Erst wenn diese Affen Kinder geboren hatten, zeigte sich in der Art ihrer Aufzucht die manifest gestörte Entwicklung: Wenn die Jungen sich ihren Müttern zum Trinken an der Brust näherten, wurden sie von diesen geschlagen oder wären sogar ohne menschliches Eingreifen getötet worden. Im Laufe von Monaten konnte unter Mithilfe der Wärter der Saugakt weitgehend entspannt werden. Die Mütter blieben aber abnorm strafend und wurden gegenüber ihren Kindern dann besitzergreifend, wenn die normale Rhesusaffenmutter ihr Junges im allgemeinen entwöhnt. Das Resultat der gestörten Beziehung zeigte bei den Jungen später, daß sie weniger verspielt, aggressiver und häufig sexuell frühreif wurden.

BOOTH scheut sich nicht, den Vergleich zwischen den Ergebnissen aus den Affenversuchen und den Konflikten der menschlichen Gesellschaft zu ziehen, deren Ursprünge oft in einer Störung der oralen Phase liegen, wie z. B. Alkohol-, Drogen- und Fettsucht. Er betont, daß es schon immer Mütter mit inadäquaten Verhaltensweisen ihren Kindern gegenüber gegeben hat, daß aber in unserem Jahrhundert die Konsequen-

zen der künstlichen Ernährung epidemischen Charakter angenommen haben.

BIERMANN und BIERMANN (1977) sehen den frühen emotionalen Kontakt zwischen Mutter und Kind besonders durch die nach wie vor bestehende Stillfeindlichkeit in den Geburtskliniken gefährdet. Sie weisen nachdrücklich auf den psychohygienischen Wert der Förderung einer ungestörten Mutter-Kind-Beziehung hin und fordern deshalb die Schaffung von mehr natürlichen Bedingungen im Krankenhaus.

Das Aufgabengebiet der Pädiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt und wird nicht mehr vorrangig von der Kindersterblichkeit und der Therapie lebensbedrohender Infektionen bestimmt. HELLBRÜGGE (1980) sieht die Hauptaufgabe des Kinderarztes jetzt schwerpunktmäßig in der sozialen Pädiatrie. Er prägte den Begriff der "Soziose", einer Krankheit mit sozialer Ätiologie und sozialer Symptomatik, deren Kennzeichen Aggression, soziale Apathie, Überängstlichkeit, Distanzlosigkeit u. a. als Vorstadien einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung sind. Die natürlichste und beste präventivmedizinische Maßnahme ist daher für den Pädiater und den Gynäkologen, sich für den Stillerfolg der Mutter-Kind-Paare einzusetzen.

2.3. Stillfähigkeit und Stillprobleme

Jede gesunde Frau kann ihr Kind ohne große Probleme stillen; dies ist physiologisch begründbar und wird kaum angezweifelt. Aber wohl aufgrund der jahrezehntelangen Stillfeindlichkeit mit der geringen Stilltätigkeit liegen uns aus neuerer Zeit keine wissenschaftlich exakten Daten zur tatsächlichen Stillfähigkeit vor.

SPITZ (1978) berichtet, daß es während eines Aufenthaltes im Konzentrationslager keine Stillprobleme gegeben hätte. Weil es keine andere Kindernahrung gegeben hätte, hätten alle Mütter genug Muttermilch gehabt, da sonst ihre Kinder hätten verhungern müssen.

RUEDA (ANNALES NESTLE 1978) erwähnt, daß in Frankreich vor 1938 nur 38 Prozent aller Mütter ihr Kind stillten, daß aber während des Weltkrieges wegen des akuten Nahrungsmangels diese Zahl auf 90 Prozent anstieg.

In einer Tabelle von Stillhäufigkeiten verschiedener Länder, die von PETROS-BARZIAN (ANNALES NESTLE 1978) zusammengestellt wurde, findet sich u. a. die Angabe, daß in Indien und im Senegal, also in Ländern mit erheblichen Ernährungsschwierigkeiten, 99,5 Prozent der Kinder in den ersten drei Lebensmonaten voll gestillt werden. Ethnologische Unterschiede dürften ein Übertragen dieser Prozentzahlen auf die Frauen der Westlichen Welt bezüglich ihrer Fähigkeit zum Stillen wohl kaum verbieten.

In den Industrienationen haben wir es jedoch mit manifesten Stillproblemen zu tun. Auch von Frauen, die beteuern, gern gestillt zu haben, erfahren wir immer wieder, daß sie nicht genug Milch gehabt hätten und nach einem kurzen Versuch aufgeben und künstliche Nahrung für ihren Säugling verwenden mußten.

Daß die Industrie mit ihrer hochpotenten Werbungsmaschinerie für Säuglingsnahrungen einen großen Manipulationsfaktor gegen das Stillen darstellt, darf mehr als nur vermutet werden; inwieweit sie für den Rückgang der Stillfrequenz und -dauer selbst verantwortlich zu machen ist, oder ob sie nur einem Bedarf entsprechend produziert hat, wird nicht zu klären sein. Da eine Schwangere oft ihre Stillinformationen aus den Werbungsbroschüren für Industrienahrungen erhält, die ihre Produkte natürlich als "sicher", "ideal in der Zusammensetzung", "problemlos" und "am gesündesten" anpreisen und nach kurzen Bemerkungen über das Stillen sofort

bemerken "Wenn Sie aber nicht stillen können, dann ...", wird sie davon nicht unbeeinflußt bleiben können. So konnten GREINER u. LETHAM (1982) in ihrer in St. Vincent/Karibik durchgeführten Studie nachweisen, daß die Stillzeit signifikant von der Werbung für Säuglingsnahrung abhängt. Je mehr eine Mutter von der Werbung beeinflußt worden ist, desto eher gibt sie ihrem Kind die Milchflasche und desto eher hört sie ganz mit dem Stillen auf. Wie schon oben angeführt, kann jetzt davon ausgegangen werden, daß das Stillen keine instinktive Verhaltensweise (mehr) ist, sondern erlernt werden muß (TYLDEN 1977).

Daher bildet einen nicht zu unterschätzenden Faktor für die Stillprobleme die bei uns übliche Stillpraxis. Da die reglementierenden Stillanleitungen der meisten Entbindungskliniken dem physiologischen Ablauf des Stillens nur wenig nahekommen, kann ihnen ein beträchtlicher Anteil am Mißerfolg zugeschrieben werden. Zufütterungspraktiken und Angsterzeugung vor Gewichtsmangel des Neugeborenen und Säuglings führen zur Verunsicherung der jungen, unerfahrenen Mutter.

Der Zeitpunkt des ersten Anlegens des Neugeborenen und sein Einfluß auf die Milchproduktion wurde in zahlreichen Studien untersucht. Danach kann es als gesichert gelten, daß frühes Anlegen unmittelbar nach der Geburt und möglichst geringe Trennungszeiten von Mutter und Kind das Stillgeschäft wesentlich erleichtern (CARLSSON 1978, CHATEAU et al. 1977).

Die Hypogalaktie, die häufigste Ursache des Stillmißerfolgs, wird nur in ganz seltenen Fällen auf eine pathologische Funktion der Mammae zurückzuführen sein. NEWTON (1971) macht die Hypogalaktie nur vom ungenügenden Anlegen abhängig. Er unterscheidet streng das Stillen nach Bedarf vom Stillen nach einem Rhythmus und definiert letzteres exakt als die Art des Stillens, die zwangsläufig nach wenigen Wochen beendet wird.

Nach NEWTON kann ausschließlich das Stillen nach Bedarf (unrestricted breast feeding) Stillprobleme verhindern und gleichzeitig dem Kind die optimalen psychologischen Vorteile des Stillens bieten. Nach dieser Form des Stillens, die, wie bereits gesagt, bis zum Anfang dieses Jahrhunderts allgemein praktiziert wurde, wird das Kind immer dann angelegt, wenn es schreit. Es schläft gewöhnlich im Bett seiner Mutter und wird tagsüber von ihr oft herumgetragen. In den ersten Lebenswochen wird es meist zehnmal oder öfter am Tag angelegt und erst nach etwa einem halben Jahr reduzieren sich die Mahlzeiten auf fünf oder sechs. Flaschen oder andere Nahrungen werden nicht gegeben, erst wenn das Kind problemlos feste Nahrung zu sich nehmen kann, meist in Abhängigkeit vom Zahnen, wird zugefüttert. Das Abstillen erfolgt nicht vor dem ersten Lebensjahr, sondern etwa zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat.

Die bei uns dagegen immer noch vorherrschende Stillpraxis sieht genau geregelte Zeiten vor, in denen das Kind an der Brust trinken darf, und ebenfalls die Dauer ist vorgeschrieben. Schreit es zwischen den Mahlzeiten, so wird es mit Schnuller oder Teeflasche beruhigt und bis zur nächsten Mahlzeit hingehalten. Nächtliches Stillen soll möglichst vermieden werden, meist mit der Begründung, daß sich das Kind gar nicht erst daran gewöhnt.

Die Probleme, die das Stillen nach der Uhr mit sich bringen, beruhen zum größten Teil auf dem inadäquaten Saugen des Kindes, das entweder gerade müde oder durch vorherige Gabe von Tee zu satt ist, um in der vorgeschriebenen Zeit die Brust leer zu trinken. Die Folge davon kann eine zu prall gefüllte Brust sein, die beim Kind die Nasenatmung beim Saugen beeinträchtigt oder die bei der Mutter zur Milchstauung mit der Gefahr einer Mastitis führt. Weiterhin wird sich gewöhnlich unter diesen Umständen die Milchproduktion verringern, was das erste Zufüttern erzwingt und damit das Abstillen einleitet.

2.4. Psychosoziale Unterschiede stillender und nicht stillender Frauen

Nachdem über die herausragende Bedeutung des Stillens in allen wissenschaftlichen Publikationen Einigkeit herrscht, besteht hinsichtlich der Motive einer Frau, zu stillen oder nicht, noch immer keine Klarheit. Da zweifellos das bessere Verständnis dieser Frage die Voraussetzungen dafür liefert, das Stillen und dies über einen möglichst langen Zeitraum zu fördern, müssen die sozialen und psychologischen Faktoren, die die Entscheidung der Frau beeinflussen, bekannt sein. Einige Untersuchungen konnten schon erste Ergebnisse zur Persönlichkeit der stillenden und der nicht stillenden Frau und ihres psychosozialen Umfelds vorlegen.

Von BENTOVIM (1976) wurden über achtzig Einflußfaktoren zusammengestellt, die von der individuellen Familiensituation, Schwangerschaft, Entbindung, Einstellung zur Sexualität über die Brust als Sexualzone, Persönlichkeit und Erfahrungen der Frau bis zur Beeinflussung durch die Massenmedien reichen. Deutlich wird an seiner Aufstellung vor allem die Komplexität von Möglichkeiten, die eine Frau schließlich stillen lassen oder nicht. Sein Hauptaugenmerk richtet BENTOVIM letztlich auf die Brust selbst, von der er vermutet, daß sie als gesellschaftliches Objekt der Ambivalenz und des heimlichen Vergnügens die Einstellung der Frau zum Stillen ursächlich bestimmt. Er fordert daher eine Scham- und Angstbeseitigung - möglicherweise mit Hilfe psychotherapeutischer Maßnahmen nach der Geburt - und eine öffentliche Klarlegung der Ambivalenz der Brust, um das Brststillen wieder zur natürlichen Wahl der Ernährung zurückzuführen.

Ganz besonders NEWTON und NEWTON haben sich in den letzten dreißig Jahren um die Herausarbeitung der psychophysiologischen und psychosomatischen Aspekte des Stillens bemüht. Von ihnen stammt die grundlegende Darlegung des

Oxytozin-gesteuerten Let-down-Reflexes, der psychosomatischen Mechanismen unterliegt und durch Schmerz, Angst und andere Gefühlsqualitäten zu blockieren ist. Nur seine ungestörte Funktion ist die Basis für ein erfolgreiches Stillen.

Für NEWTON (1971) existieren meßbare Unterschiede zwischen Frauen, die stillen wollen und denen, die es ablehnen. Diese Unterschiede, die aber nur teilweise bisher untersucht worden sind, betreffen den allgemeinen und kulturellen Erfahrungsbereich, psychophysiologische Reaktionen zum Zeitpunkt des Stillens, Langzeit-psychophysiologische Reaktionen, mütterliches Verhalten, Sexualverhalten unter Einbeziehen der Einstellung zu Männern, Persönlichkeits- und zahlreiche soziale Faktoren.

Schon 1950 führten NEWTON u. NEWTON (1973) eine Untersuchung durch, in der sie den Stillerfolg bis zum 5. Wochenbettstag verfolgten. Dabei bildeten sie drei Gruppen von Frauen mit entweder positiver, zweifelnder oder negativer Einstellung zum Stillen und sahen im Ergebnis, daß 74 Prozent der positiv eingestellten, 35 Prozent der zweifelnden und nur 26 Prozent der negativ eingestellten Frauen genug Milch hatten, um ein Zufüttern in dieser Periode unnötig zu machen. Sie stellten die Hypothese auf, daß ein ungenügendes, d. h. zu kurzes Anlegen als Ausdruck einer Stillabneigung zu dem Bild der unzureichenden Milchmenge führte.

Mit Hilfe von psychologischen Tests wurden von CHAMBERLAIN (1978) zwei Gruppen von stillenden und nicht stillenden Frauen befragt, um Persönlichkeitsunterschiede zwischen beiden zu finden. Dabei konnte er für verschiedene Bereiche signifikante Ergebnisse erzielen. So waren die stillenden Frauen u. a. signifikant mißtrauischer, eigensinniger, aufgeschlossener, experimentierfreudiger, mit ihrer Rolle und ihrem Leben zufriedener und toleranter ihren Kindern gegenüber. Demgegenüber wiesen die nicht stillenden Mütter signifikant höhere Anteile von Impulsivität, hysterischen Reak-

tionen und sexuellen Abweichungen auf und stellten an ihre Kinder frühzeitig hohe Leistungsanforderungen.

Die von GOLUB (1978) durchgeführte Studie, die ebenfalls Persönlichkeitsmerkmale wie z. B. Geduld, Selbstvertrauen, Aggressivität, Labilität durch Tests ermitteln wollte, führte zu keinen signifikanten Unterschieden von stillenden und nicht stillenden Müttern. Sie folgert daher, daß die Entscheidung, zu stillen oder nicht, weniger von Persönlichkeitsmerkmalen der Frau als von ihrem Wissen und praktischen Überlegungen der Ernährungweise abhängig ist.

In einem weiteren Versuch, psychologische Merkmalsunterschiede zwischen stillenden und nicht stillenden Frauen zu ermitteln, kam die Studie von BERG-CROSS et al. (1979) zu sehr interessanten Ergebnissen. Zunächst zeigte die Untersuchung, daß stillende Mütter an der von ihnen praktizierten Fütterungsform mehr Freude haben als die Flaschengeberinnen. Der Grund für diese größere Befriedigung wird vor allem auf die bekannten Stillvorteile wie einfachere Handhabung, aktivere Beteiligung des Kindes und das positivere Selbstwertgefühl der Mutter durch die Erfüllung ihrer Rolle als Frau zurückgeführt. Als weiterer Punkt wird die optimale Stimulierung der Mutter durch das Kind über das Stillen angegeben, die dadurch gleichzeitig an die Quelle dieses Reizes gebunden wird.

Für die letztgenannten intrapsychischen Abläufe bei stillenden Frauen konnte der von BERG-CROSS angewandte Fragebogen, der "Sensation Seeking Scale", wichtige Aufschlüsse liefern. Als Meßinstrument von Persönlichkeitsmerkmalen schätzt er den Betrag an Sinnesempfindungen ab, nach der eine Person strebt. So erzielten die stillenden Frauen signifikant höhere Werte bei diesem Test als die nicht stillenden, was bedeutet, daß diese Frauen eine höhere Reizschwelle besitzen und damit mehr Erregung oder Gefühle aufnehmen können, benötigen oder zu ertragen in der Lage sind.

Da das Stillen eine durchaus erregende neue Erfahrung darstellt, könnte der Entschluß zu stillen oder auch die Dauer des Stillens positiv von diesem Persönlichkeitsmerkmal beeinflußt werden.

Die niedrigeren Testwerte der Frauen, die ihr Kind mit künstlicher Nahrung fütterten, diskutieren die Autoren der Studie unter dem Aspekt, daß für einige Mütter die Schwangerschaft, das Neugeborene selbst oder die Sorge um das Kind möglicherweise bereits ein so starkes Erregungspotential darstellt, daß sie mit ihrer tendenziell geringeren Reizschwelle jede weitere Stimulation vermeiden oder wenigsten reduzieren wollen und sich dann eher für die "emotionslose" Flaschenernährung entscheiden.

SWITZKY et al. (1979) fand in seiner Fragebogenuntersuchung heraus, daß sich stillende Frauen in ihrer Partnerschaft glücklicher fühlen als nicht stillende Frauen und die jeweiligen Partner die Entscheidung für oder gegen das Stillen unterstützen. SWITZKY wirft die Frage auf, ob sich die Ergebnisse auch dahingehend interpretieren lassen, daß sich gerade die Frauen aus einer stabileren Beziehung eher zum Stillen entschließen. In Übereinstimmung mit CHAMBERLAIN (1976) konnte er ebenso zeigen, daß stillende Mütter weniger daran interessiert sind, die Entwicklung ihres Kindes zu forcieren; sie wollen es eher so sein lassen, wie es ist. Im Gegensatz dazu wünschen die Mütter, die nicht stillen, eine beschleunigte Entwicklung und wollen in diesen Prozeß aktiv eingreifen.

Neben diesen wenigen Literaturangaben, die die psychische Struktur der Frau mit der von ihr gewählten Fütterungspraktik in Beziehung setzen, gibt es zahlreiche Untersuchungen, die mütterliche Einstellungen und eine Reihe von psychosozialen Faktoren ermitteln konnten, die das Stillverhalten zu bestimmen scheinen.

Der Entschluß zum Stillen wird ganz überwiegend schon in der Frühschwangerschaft oder noch eher getroffen (LYON et al. 1981, MACKEY u. FRIED 1981). GULICK (1983) konnte sogar feststellen, daß der Stillerfolg umso größer ist, je früher die Stillentscheidung erfolgte.

Im Gegensatz zu den Zeiten vor etwa 1960, in denen Frauen mit einem niedrigeren Sozialstatus aus ökonomischen Gründen länger stillten, wird in den letzten fünfzehn Jahren von den Frauen mit höherer Schulbildung signifikant länger gestillt (TÖNZ et al. 1980, WEST 1980, YEUNG et al. 1981).

Auch das Lebensalter der Frau scheint von Bedeutung zu sein, da von den über 30jährigen eine deutlich längere Stilldauer zu verzeichnen ist (GARBE u. MARTIN 1983). Die Anzahl der Schwangerschaften beeinflußt das Stillverhalten dahingehend, daß Mehrgebärende zu 87 Prozent ihren früheren Ernährungspraktiken folgen sollen (LYON et al. 1981). Ebenso wiesen ENTWISLE et al. (1982) in ihrem Kollektiv nach, daß über 80 Prozent der Frauen, die selbst gestillt wurden, auch für ihre Säuglinge das Stillen wählen.

Ein weiteres Ergebnis der Studie von GULICK ist, daß erfolgreich stillende Frauen mehr Informationen über den Stillvorgang besitzen, was mit den Ergebnissen der Untersuchung von WENDERLEIN (1975) übereinstimmt. Er fragte Schwangere und Wöchnerinnen nach ihrem Wissen über das Stillen und stellte es ihrer Stillabsicht gegenüber. Dabei konnte er feststellen, daß je weniger eine Frau informiert war, desto weniger Bedeutung maß sie auch den Vorteilen des Stillens - insbesondere der Förderung der Mutter-Kind-Beziehung - bei und desto weniger war sie motiviert zu stillen. Als bemerkenswertes Ergebnis konnte WENDERLEIN einen Zusammenhang zwischen einer positiven Stillabsicht und dem häufigeren Leiden an psychosomatischen Beschwerden herstellen, was er damit erklärt, daß diese Frauen wünschen, daß es ihren Kindern besser gehen sollte als ihnen.

3. Fragestellung

In den westlichen Industrienationen zeigt das Stillverhalten ein wenig einheitliches Bild. So werden die Kinder entweder gar nicht gestillt oder die Stilldauer reicht von wenigen Tagen über Wochen bis hin zu mehreren Jahren.

Die Ursachen für einen Stillerfolg oder ein Stillversagen sind weitgehend ungeklärt. Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag dazu leisten, mehr über die Hintergründe zu erfahren, die es den Frauen offenbar so schwer machen, ihr Kind lange und erfolgreich zu stillen.

Es wird davon ausgegangen, daß das Stillen neben der richtigen Handhabung von psychischen und sozialen Faktoren von seiten der Frau abhängt. Die Stillbereitschaft, als wichtigste Voraussetzung, garantiert noch keinen Stillerfolg.

Die Fragestellung der vorliegenden Studie, die einen explorativen Charakter hat, lautet daher, welche psychosozialen Faktoren für das Stillverhalten von Bedeutung sind.

4. Methode

4.1. Art der Untersuchung

Aufgrund der Fragestellung mußte die Datenerhebung in zwei Schritten erfolgen, um die Stillintention vor der Entbindung und deren möglichen Wandel durch den Entbindungsverlauf und den ersten Mutter-Kind-Kontakt zu erfassen und den Stillerfolg über einen längeren Zeitraum zu verfolgen.

Da es gerade in dem zu untersuchenden sensiblen psychosozialen Bereich von großer Bedeutung ist, die Validität der Daten zu sichern und nicht rückwirkend verfälschenden Einflüssen ausgesezt zu sein, mußte eine prospektive Untersuchung durchgeführt werden.

Die Daten konnten nur durch eine Befragung erhoben werden, da andere Erfassungsmöglichkeiten außer der Krankengeschichte und den Wochenbettprotokollen nicht bestanden. In der Durchführung schien eine Fragebogen-Studie sinnvoll, weil hierbei ein größeres Kollektiv untersucht werden kann. Andere Möglichkeiten wie ganz-, halb- oder nichtstrukturierte Interviews mit einer geringeren Anzahl von Fällen wären denkbar gewesen, hätten aber eine gezielte Fragestellung erfordert. Da diese Arbeit eher als explorative Studie anzusehen ist, weil bisher in vergleichbaren Arbeiten besonders in psychosozialer Hinsicht keine befriedigenden Ergebnisse vorliegen, sollte der Umfang der Stichprobe möglichst groß sein. Eine große Anzahl von Fällen sollte dazu dienen, die Aussagekraft der Ergebnisse zu sichern und den Stichprobenfehler möglichst gering zu halten.

Das Ausfüllen der Fragebogen erfolgte zweizeitig. Das erste Mal wurden sie direkt nach der Kontaktaufnahme im Klinikum ausgefüllt, das zweite Mal wurde ein Fragebogen nach Hause verschickt.

4.2. Patientinnenkollektiv

Das zu untersuchende Kollektiv mußte aus schwangeren Frauen bestehen, die über die Vorsorgeuntersuchungen und Anmeldung zur Entbindung in der Schwangerenberatung zu erreichen waren. Nur erstgebärende Frauen konnten an der Studie teilnehmen, da Frauen mit einem oder mehreren Kindern durch vorausgegangene Stillerfahrungen das Ergebnis verfälschen würden.

Neben dem vorrangigen Auswahlkriterium des Erstgebärens wurden die Frauen mit folgenden unterscheidenden Merkmalen in die Studie aufgenommen:

- Entbindung im Klinikum Steglitz
- Einlingsschwangerschaft
- 4 Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin
- Deutsche
- freiwillige Teilnahme

Eine Altersbegrenzung wurde nicht vorgenommen.

Die Parameter der Stichprobe weichen nicht von denen der übrigen Bevölkerung ab; durch die weitere zufällige Auswahl wird von einem repräsentativen Querschnitt Erstgebärender ausgegangen.

4.2.1. Gruppeneinteilung

Da in dieser Art der Untersuchung eine Kontrollgruppe nicht zur Verfügung stehen kann, mußte innerhalb des zu untersuchenden Kollektivs mittels sinnvoller Gruppeneinteilung die Möglichkeit zu vergleichenden Gegenüberstellungen geschaffen werden.

Für die Unterscheidung der Gruppen wurde die Dauer der Stillzeit zugrunde gelegt:

1. Gruppe: Stilldauer bis vier Wochen

In diese Gruppe fallen alle Frauen, die gar nicht, nur während des Klinikaufenthalts oder

eine kurze Zeitspanne zu Hause gestillt haben. Ihnen wird das Attribut "Stillversagen" zugeteilt.

2. Gruppe: Stilldauer bis zwölf Wochen
Zu dieser Gruppe gehören alle Frauen, die im Zeitraum von drei Monaten erfolgreich oder erfolglos stillten oder sich darum bemühten. Sie werden mit der Bezeichnung "Stillversuch" versehen.

3. Gruppe: Stilldauer länger als zwölf Wochen
Nur in diese Gruppe gehören die Frauen, denen ein "Stillerfolg" zugeschrieben werden kann.

4.3. Fragebogen

4.3.1. Erhebungsfragebogen

Es wurde ein sechzehn Fragen umfassender Erhebungsbogen erarbeitet, der die folgenden Themenbereiche enthält: Sozialdaten (Familienstand, Alter, Schulbildung), Kinderwunsch, Teilnahme an Säuglingspflegekurs und Schwangerengymnastik, Stillabsicht, Vorstellung über die Stilldauer u. a.

4.3.2. Gynäkologische Daten

In einem Zusatzfragebogen wurden dreizehn Befunde aus den Entbindungs- und Wochenbettprotokollen zusammengestellt, die den Geburtsverlauf, die Laktation während des Klinikaufenthalts, phathologische Befunde von Mutter und Kind beinhalten.

4.3.3. Stillfragebogen

Ein weiterer aus 48 Frgen bestehender Fragebogen wurde erstellt. Er behandelt die Themenkomplexe: Stilleinstellung der Frau, des Partners und der Umwelt, Stillpraxis während des Klinikaufenthalts und zu Hause, Stillerleben und Stilldauer, Berufstätigkeit u. a.

4.3.4. Gießen-Test

Um die Daten dieser Studie in überschaubare Grenzen zu halten und damit die Ergebnisse noch interpretierbar darstellen zu können, sollte für die Messung von Persönlichkeitsmerkmalen nur ein Test verwandt werden.

Aus der Vielzahl von standardisierten Persönlichkeitstests fiel die Wahl auf den Gießen-Test (GT) (BECKMANN u. RICHTER 1972). Der GT zeichnet sich besonders dadurch aus, daß er psychosoziale Merkmale mit einbezieht, was für die Fragestellung sehr geeignet erschien. Der Test führt durch Fragen der Selbsteinschätzung zu einem Selbstbild, das neben Aussagen über das emotionale Erleben (Angst, Depressivität u. a.) überwiegend die sozialen Beziehungen (Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen) zur Darstellung kommen läßt.

Der Test besteht aus 40 Items, die zu sechs Skalen zusammengefaßt werden:

1. Soziale Resonanz: Interaktion mit der Umgebung
2. Dominanz : Aggressivität, Anpassungsfähigkeit u.a.
3. Kontrolle : Ordnung, Ausgelassenheit u. a.
4. Grundstimmung : Depression
5. Durchlässigkeit : Kontakterleben, -verhalten und störung
6. Soziale Potenz : (Genitale) Reife

Für die Auswertung liegen standardisierte Normwerte zum Vergleich vor; je nach Bedarf können alters- und ge-

schlechtsabhängige Normtabellen verwandt werden. Der Test ist für 18- bis 60jährige beiderlei Geschlechts konzipiert. Laut Testanweisungen sind die Anforderungen an Intelligenz bzw. Bildung äußerst gering.

4.3.5. S-S-G-Fragebogen

Der S-S-G-Fragebogen, ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (LUKESCH u. LUKESCH 1976), versteht sich nicht als Persönlichkeitstest. Es handelt sich um einen Fragebogen, dessen 70 Items ausschließlich auf den Themenbereich der Schwangerschaft und deren Umfeld Bezug nehmen. In der Messung von Einstellungen, die durch die bewußt sehr allgemein gehaltenen Fragenformulierungen ermittelt werden sollen und die Versuchsperson nicht nur auf sich selbst beziehen soll, sehen die Autoren die beste Möglichkeit, Aufschlüsse über die aktuelle Erlebens- und Verhaltensweise der einzelnen Person zu erzielen.

Die Items werden folgenden fünf Skalen zugeordnet:
1. Annahme oder Ablehnung der Schwangerschaft (OA)
2. Verletzungsangst gegenüber dem Kind (VA)
3. Akzeptierung oder Ablehnung des Bruststillens (AS)
4. Geburtsangst (GA)
5. Einstellung gegenüber der Sexualität (ES)

Für den Vergleich der Ergebnisse liegen Normwerte getrennt nach Geschlecht vor. Die Population der Eichstichprobe des Tests setzte sich aus dem österreichischen Einzugsgebiet der ländlichen Umgebung von Graz zusammen, Form und Inhalt der Fragen (s. Anhang) scheinen diesem Bevölkerungskreis angemessen. Von einer Übereinstimmung der Ergebniswerte mit einem Berliner Großstadtkollektiv konnte nicht unbedingt ausgegangen werden.

Da von den einzelnen Themenkomplexen jedoch eine wertvolle und sinnvolle Vervollständigung der Ergebnisse für die Fragestellung erwartet wurde, kam der S-G-G trotz einiger Bedenken zur Anwendung.

4.4. Auswertung der Ergebnisse

Im Rechenzentrum der FU Berlin wurden die statistischen Auswertungen vorgenommen. Benutzt wurde der Rechner Cyber 172 mit dem implanierten statistischen Programmpaket SPSS, Version 8. Die statistischen Signifikanzberechnungen wurden mit Hilfe des CHI^2-Tests durchgeführt.

5. Verlauf der Untersuchung

Im Zeitraum von Mai bis August 1982 wurden am Berliner Universitätsklinikum Steglitz 159 Frauen in die Studie aufgenommen, die im Rahmen der routinemäßigen Schwangerenvorsorgeuntersuchung die Schwangerenberatung aufsuchten.

Die Auswahl erfolgte neben den oben angeführten Kriterien zufällig nach der Terminvergabe für die ärztliche Untersuchung, wenn die Frauen nicht länger als sechs Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin standen.

Von 160 aufgeforderten Frauen willigte nur eine nicht in die Teilnahme an der Studie ein.

Nach eingehender Aufklärung über Sinn und Zweck der Untersuchung, Aufnahme der Personalien für den späteren Fragebogen und Unterschreiben einer Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Studie wurden den Frauen drei Fragebogen vorgelegt, die sie sofort in der Reihenfolge Erhebungsbogen, Gießen-Test, S-S-G-Fragebogen ausfüllten. Da ich die Untersuchung allein durchführte und stets anwesend war, waren Aufklärung und Erläuterungen zu den Fragebögen weitgehend standardisiert. Das Ausfüllen fand in einem ruhigen Raum in der "Schwangerenberatung" statt und dauerte zwischen 25 und 45 Minuten. Einzelne Frauen hatten Schwierigkeiten beim Ausfüllen des S-S-G-Fragebogens und benötigten zusätzliche Anweisungen.

Vorherige Befürchtungen, daß manche Frauen das Ausfüllen abbrechen könnten, bestätigten sich in keinem Fall. Von wenigen Ausnahmen abgesehen zeigten sich die Frauen am Inhalt der Studie außerordentlich interessiert und die erste Kontaktaufnahme gestaltete sich durchweg positiv. Nach dem Ausfüllen wurde allen nochmals mitgeteilt, daß sie einen weiteren Fragebogen drei Monate nach ihrer Entbindung nach Hause geschickt bekämen, mit der ausdrücklichen Bitte um dessen Zurückschicken.

Alle 159 Frauen wurden von einem lebenden Kind entbunden; die Mutter eines Kindes mit einer Ösophagusatresie wurde aus der Studie genommen. Sechs Frauen, die doch nicht im Klinikum Steglitz entbunden hatten, wurden ebenfalls aus der Studie genommen, weil die gynäkologischen Daten nicht zu ermitteln waren.

So erhielten 152 Frauen den Stillfragebogen, von denen 115 (über 70 Prozent) spontan zurückgeschickt wurden. Bei den restlichen Fragebogen, die nicht zurückgeschickt wurden, rief ich die einzelnen Frauen nach einer jeweiligen Wartezeit von ca. drei Wochen an und bat um ihre weitere Mitarbeit an der Studie. 31 Frauen konnte ich telefonisch erreichen, davon hatten 7 den Fragebogen entweder nicht erhalten oder wieder verloren. 6 Frauen waren nicht mehr zu ermitteln. Nach einer gewissen Zeit wurden noch sieben Postkarten mit derselben Aufforderung verschickt.

Schließlich konnten 143 vollständige Fälle zur Auswertung gelangen. Die überraschend hohe Rücklaufquote von fast 95 Prozent läßt die Datenerhebung als gelungen ansehen und liefert der Studie ein repräsentatives Kollektiv. Bei den Frauen, die den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben, liegt die Vermutung nahe, daß es sich eher um nicht stillende Frauen handelt oder eventuell solche, die durch das Stillen in eine besondere Konfliktsituation geraten sind. Gerade ihre Nichtverwertbarkeit ist zu bedauern, jedoch in Anbetracht ihrer äußerst geringen Anzahl bleiben die Ergebnisse der ganzen Studie davon unberührt.

6. Ergebnisse

Sämtliche Fragen aller Fragebogen kamen zur statistischen Auswertung. Im folgenden werden alle statistisch signifikanten sowie nicht signifikanten, aber für die spätere Diskussion wichtigen Ergebnisse aufgeführt.

6.1. Stilldauer

Tabelle 1 gibt die Stilldauer des gesamten Kollektivs wieder.

Tabelle 1: "Wie lange haben Sie gestillt?"

Stilldauer:	N=143	(%)
Gar nicht	2	(1,4)
Nur in der Klinik	13	(9,1)
2-4 Wochen	28	(19,6)
4-6 Wochen	8	(5,6)
6-8 Wochen	14	(9,6)
8-10 Wochen	10	(7,0)
10-12 Wochen	11	(7,7)
Stille noch	57	(39,9)

Die Zahlen der Tabelle 1 bestätigen in ihrer Zusammensetzung indirekt die Zäsuren in der Zeitspanne des Stillens, die durch die unter 4.2.1. beschriebene Gruppeneinteilung gesetzt werden sollten. Denn nach einem relativ steilen Abfall der Stilldauer bis zur 4. Woche nach der Entbindung, nimmt die Anzahl der Stillenden bis zur 12. Woche eher kontinuierlich ab. Die Frauen, die nach 12 Wochen noch stillten, gaben zusätzlich fast ausnahmslos an, daß ihre

voraussichtliche Stilldauer bis zum 6. Lebensmonat des Kindes oder noch darüber hinaus fortgesetzt werden sollte.

Danach stellt sich die Verteilung der Frauen in der Gruppeneinteilung nach der Stilldauer wie folgt dar:

	N=143	(%)
1. Gruppe: Stilldauer bis 4 Wochen	43	(30)
2. Gruppe: Stilldauer bis 12 Wochen	43	(30)
3. Gruppe: Stilldauer länger als 12 Wo.	57	(40)

6.2. Erhebungsbogen

6.2.1. Alter und Sozialdaten

Die jüngste Frau war 16, die beiden ältesten 39 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt lag bei 26,6 Jahren, was dem für Erstgebärende der übrigen Bevölkerung weitgehend entspricht.

Tabelle 2: Alter

Alter	1. Gruppe N=43	(%)	2. Gruppe N=43	(%)	3. Gruppe N=57	(%)
bis 20 Jahre	6	(14)	6	(14)	2	(4)
bis 25 Jahre	20	(47)	17	(40)	10	(18)
bis 30 Jahre	13	(30)	13	(30)	24	(42)
über 30 Jahre	4	(9)	7	(16)	21	(37)

$CHI^2 = 21.62$ FG= 6 $p < 0,01$

Die in vier Altersabschnitte unterteilte Tabelle 2 zeigt in diesem hochsignifikanten Ergebnis erwartungsgemäß die

starke Abhängigkeit der Stilldauer vom zunehmenden Alter.

Stillen überhaupt nur zwei der unter 20jährigen Frauen, das sind 14 Prozent, länger als drei Monate, so zeigt sich ein geringer Anstieg zum langen Stillen bei den 20- bis 25jährigen. Bei den über 25jährigen kehrt sich das Verhältnis bereits um und zeigt bei den über 30jährigen überdeutlich, daß von den 32 Frauen dieser Altersgruppe 66 Prozent länger als drei Monate und nur 9 Prozent kürzer als vier Wochen stillen.

78 Prozent aller Frauen waren verheiratet, 97 Prozent lebten mit ihrem Ehemann oder Partner zusammen, nur eine lebte allein und war ohne Partner. Ein Bezug zur Stilldauer ergab sich nicht, ebenso wenig die Frage nach der Berufstätigkeit während der Schwangerschaft und ihrer Wiederaufnahme nach der Entbindung und dem Mutterschutz.

Tabelle 3: Schulbildung

Schulabschluß	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Sonderschule	1 (2)	-	-
Hauptschule o. Abschl.	2 (5)	3 (7)	1 (2)
Hauptschule m. Abschl.	16 (32)	11 (26)	5 (9)
Mittlere Reife	21 (49)	20 (47)	22 (39)
Abitur	2 (5)	7 (16)	25 (44)
Sonstiger Abschluß: Hochschulreife	1 (2)	2 (5)	4 (7)

$CHI^2 = 32.17$ FG= 10 $p < 0.01$

Es bestätigte sich wieder, daß mit höherer Schulbildung hochsignifikant länger gestillt wird. Während die Frauen mit Mittlerer Reife eine annähernd gleiche Verteilung auf alle

drei Stillgruppen aufweisen, entfallen von den 23 Frauen mit abgeschlossener Hauptschule 50 Prozent auf die 1. Gruppe und nur 16 Prozent auf die 3. In der Abitur-Gruppe stillen dagegen 74 Prozent länger als drei Monate und nur 6 Prozent kurz oder gar nicht.

Anders ausgedrückt stellen mit 44 Prozent die Frauen mit Abitur den Hauptanteil der 3. Gruppe, dagegen bilden 49 Prozent mit Mittlerer Reife, gefolgt von 37 Prozent mit Hauptschulabschluß die 1. Gruppe.

Die Frage nach der Berufsausbildung erbrachte analoge Ergebnisse. Allein von den 16 fertigen Akademikerinnen stillten 11 (69 Prozent) länger als drei Monate.

6.2.2. Kinderwunsch und Säuglingspflegekurs

Tabelle 4: War Ihre Schwangerschaft ursprünglich erwünscht?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja sehr	33 (77)	28 (65)	39 (68)
eher ja	6 (14)	11 (26)	14 (25)
eher nein	3 (7)	4 (9)	3 (5)
überhaupt nicht	1 (2)	-	1 (2)

$CHI^2 = 3.64$ FG= 6 $p > 0,05$

Die Frage nach dem Grad der Erwünschtheit der Schwangerschaft als Indiz für einen möglicherweise besseren Stillerfolg erbrachte keinen Zusammenhang zur Stilldauer. In Tabelle 4 fällt die erstaunliche Homogenität in der Verteilung auf alle drei Stillgruppen auf.

Tabelle 5: Haben Sie einen Säuglingspflegekurs besucht?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	19 (44)	19 (44)	33 (58)
nein	24 (56)	24 (56)	24 (42)

$CHI^2 = 2.58$ FG= 2 $p > 0.05$

Die Hälfte aller Frauen hatte an einem Säuglingspflegekurs teilgenommen. Bei ihnen entfallen jeweils 27 Prozent auf die ersten beiden Gruppen und fast doppelt so viele, nämlich 47 Prozent, auf die Gruppe 3. Die andere Hälfte der Frauen, die die Frage mit "Nein" beantworteten, verteilen sich mit je einem Drittel gleich auf die drei Gruppen. Obwohl dieses Ergebnis nicht signifikant ist, läßt sich die stillfördernde Wirkung eines besuchten vorbereitenden Babykurses nicht verkennen.

6.2.3. Stillabsicht

Auf die Frage "Haben Sie die Absicht, Ihr Kind zu stillen?" antworteten 100 Prozent mit Ja.

In der nächsten Frage nach der voraussichtlichen Stilldauer gaben 10 Prozent aller Frauen an, sich darüber keine Gedanken gemacht zu haben, 62 Prozent antworteten "solange die Milch reicht" und 29 Prozent hatten genaue Vorstellungen von ihrer Stilldauer. Wie Tabelle 6 zeigt, führt erst eine genaue Angabe über einen bestimmten Zeitraum hochsignifikant zu erfolgreichem Stillen. Von diesen 41 Frauen gehören 68 Prozent zur 3. Gruppe und nur 15 Prozent und 17 Prozent zur 1. und 2. Gruppe.

Tabelle 6: Wie lange wollen Sie stillen?

	1. Gruppe N=43	(%)	2. Gruppe N=43	(%)	3. Gruppe N=57	(%)
keine Gedanken gemacht	6	(14)	6	(14)	2	(4)
solange die Milch reicht	31	(72)	30	(70)	27	(47)
Angabe in Wochen/Monaten	6	(14)	7	(16)	28	(49)

$CHI^2 = 20.80$ FG= 4 $p < 0.01$

Die Frage, ob Zweifel hinsichtlich des Stillerfolges bestänaen, erbrachte für die Stilldauer kein relevantes Ergebnis. 63 Prozent aller Frauen hatten keinen Zweifel, nur 6 Prozent befürchteten Schwierigkeiten und 31 Prozent wußten nicht, ob sie Zweifel haben oder nicht.

6.3. Gynäkologische Daten

Die Daten zu Schwangerschaft, Entbindungsverlauf und Wochenbett wurden ebenfalls mit den drei Stillgruppen kombiniert und ergaben sämtlich keinen Bezug zur Stilldauer.

Das Geburtsgewicht lag nur bei fünf Kindern unter 2500g. Von den fünf wurden vier Kinder länger als drei Monate gestillt, eins bis zwölf Wochen, so daß dem Status der Frühgeburt in diesem Kollektiv keine Bedeutung zukommt. Von besonderem Interesse schien der Entbindungsverlauf zu sein, weil noch vor kurzer Zeit - möglicherweise auch jetzt noch - an manchen Kliniken Frauen nach einer Sectio primär abgestillt wurden.

Tabelle 7: Operative Entbindung

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
nein	30 (70)	35 (81)	41 (72)
Sectio	7 (16)	4 (9)	7 (12)
Forceps	6 (14)	3 (7)	8 (14)
Vakuumextraktion	-	1 (2)	1 (2)

$CHI^2 = 3.46$ FG= 6 $p > 0.05$

Tabelle 6 zeigt für die einzelnen Entbindungsarten eine relative Gleichverteilung innerhalb der drei Gruppen, so daß auch eine operative Entbindung kein Stillhindernis darstellen muß.

Immer wieder taucht die Frage auf, ob nun Knaben oder Mädchen länger gestillt werden; und es existieren die unterschiedlichsten Angaben in der Literatur (vgl. TÖNZ et al. 1980, BERG-CROSS et al. 1979). In diesem Kollektiv wurden etwas mehr Mädchen länger gestillt; aber eine statistische Signifikanz ergab sich daraus nicht.

6.4. Stillfragebogen

6.4.1 Einstellung zum Stillen

Die Beantwortung der Fragen nach Zeitpunkt und Beeinflussung des Stillentschlusses, dessen individuelle Bewertung und nach Kenntnissen über Muttermilch und Stillvorgang soll Aufschlüsse über die Stillbereitschaft und das primäre Engagement jeder Frau liefern.

Tabelle 8: Wann haben Sie sich erstmals die Frage gestellt, ob Sie stillen wollen?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
schon vor der Schwanger-schaft	21 (49)	27 (63)	37 (65)
zu Beginn der Schanger-schaft	18 (42)	12 (28)	15 (26)
gegen Ende der Schwanger-schaft	1 (2)	1 (2)	1 (2)
überhaupt nicht	3 (7)	3 (7)	4 (7)

$CHI^2 = 3.36$ FG= 6 $p > 0.05$

Die Tabelle 8 zeigt, daß sich 85 Frauen, das sind 60 Prozent, schon vor der Schwangerschaft mit dem Thema des Stillens beschäftigt haben. Weitere 45 (31 Prozent) gaben an, sich die Frage zu Beginn der Schwangerschaft gestellt zu haben und nur 13 (9 Prozent) später oder gar nicht. Gruppenunterschiede bestehen allerdings nicht.

Tabelle 9: Wer oder was veranlaßte Sie in erster Linie, sich mit dem Thema des Stillens zu befassen?

	1. Gruppe N=43	(%)	2. Gruppe N=43	(%)	3. Gruppe N=57	(%)
der Frauenarzt	-		-		-	
Zeitschriften oder Bücher	8	(19)	12	(28)	15	(26)
Verwandte oder Bekannte	3	(7)	3	(7)	6	(11)
der Partner	3	(7)	3	(7)	4	(7)
ich brauchte dazu niemand	26	(61)	25	(58)	32	(56)
ich habe mich damit nicht befaßt	3	(7)	-		-	

$CHI^2 = 8.46$ FG= 8 $p > 0,05$

An erster Stelle der Angaben, wer die Veranlassung zum Stillen gegeben hätte, steht, daß dazu niemand benötigt wurde, gefolgt von 35 Frauen, die durch Zeitschriften oder Bücher zum Stillen gekommen waren. Nur 10 Frauen kreuzten "der Partner" an, der Frauenarzt wurde interessanterweise nie genannt. Eine signifikante Beziehung zur Stilldauer ergab sich nicht.

In einer weiteren Frage kreuzten 92 Prozent der Frauen an, daß sie Muttermilch für besser hielten als Fertigmilchprodukte, nur 5 Prozent sahen beide als gleichwertig an. Die Vorteile des Stillens, wie schnelle Rückbildung der Gebärmutter, ideale Zusammensetzung der Milch und bessere Gesundheit des Kindes, waren 98 Prozent der Frauen bekannt.

Eine besondere Bedeutung kommt der Frage nach der Bewertung des Stillentschlusses jeder Frau zu.

Tabelle 10: Wie wichtig war Ihnen persönlich das Stillen?

	1. Gruppe N=42 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=56 (%)
ich wollte gerne stillen dachte aber, wenn's nicht geht, dann nehme ich eben die Flasche	29 (69)	17 (40)	19 (34)
ich wollte unbedingt stillen	13 (31)	26 (60)	37 (66)

CHI^2=12.98 FG= 2 $p < 0,01$

Von den zwei in der Tabelle 10 fehlenden Frauen kreuzte die eine an, daß sie sich keine Gedanken darüber gemacht hätte und stillte länger als drei Monate, die andere, daß sie nicht stillen wollte und dies auch nicht getan hatte. Da sich die anderen auf diese beiden anderen Antwortmöglichkeiten verteilten, kommen nur diese zur Darstellung.

Das hochsignifikante Ergebnis aus Tabelle 10 läßt erkennen, daß die Überlegung, das Kind unter Umständen doch mit der Milchflasche zu ernähren, zu einer deutlich kürzeren Stillzeit führt, als wenn der Wunsch, das Kind unbedingt zu stillen, besteht. Von den 65 Frauen der ersten Antwort stillen 47 Prozent nur ganz kurz, während umgekehrt 49 Prozent der 76 Frauen, die unbedingt stillen wollten, es auch lange tun. Weiterhin zeigen die Zahlenverhältnisse, daß es hierbei keine Unterschiede innerhalb der 2. und 3. Stillgruppe gibt.

Tabelle 11: Das Stillen ist in der letzten Zeit wieder in Mode gekommen. Glauben Sie, daß das Ihre Entscheidung zu stillen beeinflußt hat?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	1 (2)	3 (7)	13 (23)
nein	40 (93)	40 (93)	38 (67)
weiß nicht	2 (5)	-	6 (11)

$CHI^2 = 17.73$ FG= 4 $p < 0.01$

118 Frauen (83 Prozent) fühlen sich von den Modetrends zum Stillen unbeeinflußt und verteilen sich zu je einem Drittel auf die drei Stillgruppen. 17 Frauen und damit 12 Prozent räumen der Mode einen Einfluß ein und davon stillen erstaunlicherweise 77 Prozent erfolgreich, was für die ganze 3. Gruppe immerhin den hochsignifikanten Anteil von 23 Prozent erbringt. Diese dreizehn erfolgreich stillenden und von der Mode beeinflußten Frauen bilden mit 9 Prozent des gesamten Kollektivs eine durchaus nicht zu vernachlässigende Gruppierung.

6.4.2. Einfluß von Partner und Umwelt

Sämtliche Fragen, die den Einfluß des Partners auf die Stilldauer überprüfen sollten, erbrachten keine statistisch signifikanten Befunde.

Insgesamt wurden die Partner als dem Stillen gegenüber sehr positiv eingestellt beschrieben. Tendenziell läßt sich zwar eine deutliche Häufung dieser zustimmenden Einstellung bei der 3. Gruppe der erfolgreich stillenden Frauen erkennen, aber der Vergleich ergibt keinen signifikanten Unterschied.

So sprachen 87 Prozent aller Frauen mit ihrem Partner schon während der Schwangerschaft über das Stillen. Eine zustimmende Einstellung schrieben 92 Prozent ihrem Partner zu, sowohl vor als auch nach der Entbindung. Auf die Frage nach den Ursachen des Abstillens kreuzte nur eine Frau die Möglichkeit "Wunsch des Partners" an, was zu den hohen Prozentangaben der bejahenden Partnereinstellung stimmig erscheint.

Tabelle 12: War Ihr Partner bei der Entbindung anwesend?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	28 (65)	34 (79)	48 (84)
nein	14 (33)	9 (21)	8 (14)
kein Partner	1 (2)	-	1 (2)

$CHI^2 = 6.01$. FG= 4 $p > 0.05$

Da die jeweilige Frau quasi für ihren Partner antwortet, könnte mit falsch positiven Antworten gerechnet werden. Möglicherweise stellt die Frage nach der Anwesenheit des Partners bei der Entbindung ein differenzierteres Kriterium für das "Interesse" des Mannes an Frau, Kind und Stillen dar.

Wie die Tabelle 12 zeigt, stillen von 110 Frauen, deren Partner bei der Entbindung anwesend waren, 44 Prozent erfolgreich, während von den 31 Frauen, deren Partner nicht anwesend waren, 45 Prozent nur kurz stillen. Obwohl das Ergebnis für sich zu sprechen scheint, reicht das Zahlenverhältnis für eine statistische Signifikanz nicht aus.

Auf die Frage, ob andere Personen während der Schwangerschaft für oder gegen das Stillen eingestellt waren, antwor-

teten 63 Prozent der Frauen, ihnen wäre zum Stillen geraten worden, 18 Prozent wurde teils zu-, teils abgeraten, 17 Prozent sprachen darüber gar nicht und nur 2 Prozent wurde vom Stillen ganz abgeraten. Einen Einfluß auf die Stilldauer hatten diese Ratschläge nicht. Ebensowenig die Reaktion anderer Personen während der Stillzeit, die von 84 Prozent der Frauen mit "eher zustimmend" angegeben wurden.

Kontakt zu stillenden Müttern hatten 46 Prozent. Von ihnen stillten 49 Prozent erfolgreich und jeweils 26 Prozent teilten sich in die beiden anderen Gruppen auf. Die restlichen 54 Prozent der Frauen, die stillende Frauen nicht kennen, zeigten keine Unterschiede in den drei Gruppen.

Tabelle 13: Wie waren Ihre Stillgewohnheiten?

	1. Gruppe N=29	(%)	2. Gruppe N=43	(%)	3. Gruppe N=57	(%)
ich war immer mit dem Kind allein	2	(7)	2	(5)	1	(2)
nur mein Partner war noch anwesend	12	(41)	9	(21)	3	(5)
vor manchen Bekannten und Verwandten stillte ich auch	10	(35)	24	(56)	22	(39)
auch die Anwesenheit fremder Personen machte mir nichts aus	5	(17)	8	(19)	31	(54)

$CHI^2 = 29.76$ FG= 6 $p < 0.01$

Das hochsignifikante Ergebnis aus Tabelle 13 zeigt die auf die Umwelt bezogenen Stillgewohnheiten und ihre Bedeutung für die Stilldauer. Die Zahlen bringen klar zum Ausdruck, daß sich die Stillzeit mit einem zunehmenden Perso-

nenkreis, der dem Stillakt beiwohnen konnte, deutlich verlängert.

Die in der 1. Gruppe fehlenden Frauen haben zu Hause nach dem Klinikaufenthalt nicht mehr gestillt, so daß nur noch 29 Frauen diese Frage beantworten konnten.

Nur eine Frau stillte länger als drei Monate, die mit ihrem Kind immer allein war. Von den 24 Frauen (19 Prozent), deren Partner noch anwesend war, stillten 50 Prozent nur innerhalb der ersten vier Wochen. Beim Stillen auch vor Bekannten stillen nur noch 18 Prozent kurz und bereits 39 Prozent erfolgreich. Beim uneingeschränkten Stillen gehören 11 Prozent zur 1., 18 Prozent zur 2. und 71. Prozent zur 3. Gruppe. Innerhalb der einzelnen Stillgruppen sieht die Verteilung so aus, daß in der 1. Gruppe der Hauptteil der Frauen, nämlich 41 Prozent nur vor ihrem Partner gestillt haben. In der 2. Gruppe bilden mit 43 Prozent den Hauptteil die Frauen, die auch manche Freunde und Verwandte zusehen lassen und in der 3. Gruppe stillen 54 Prozent ohne jede Einschränkung.

6.4.3. Klinikeinfluß

Vermutet wurde, daß das Wohlfühlen nach der Entbindung im Klinikum und die dabei erteilten Stillanleitungen einen Einfluß auf die Stillzeit haben könnten. Dies ließ sich in dem Kollektiv dieser Studie nicht bestätigen. 51 Prozent aller Frauen gaben an, sich nach der Entbindung im Klinikum sehr gut aufgehoben gefühlt zu haben, 35 Prozent eher gut, 10 Prozent eher schlecht und 2 Prozent sehr schlecht. Wesentliche Unterschiede innerhalb der Gruppierung traten nicht auf. Die drei Frauen, die sich sehr schlecht aufgehoben fühlten, stillten alle erfolgreich.

Die Beurteilung der Stillanleitungen ergab, daß 32 Prozent sie als sehr gut klassifizierten, 45 Prozent mit befriedigend und 23 Prozent als mangelhaft. Betrachtet man nur

die ganz unzufriedenen Frauen, so fällt auf, daß dennoch von ihnen 45 Prozent zur 3. Gruppe gehören, 16 Prozent stillten bis zu 12 Wochen und 39 Prozent kurz oder gar nicht.

Tabelle 14: Haben Sie am Rooming-in teilgenommen?

	1. Gruppe N=42 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja, tagsüber und nachts	8 (19)	4 (9)	11 (22)
ja, tagsüber bis 22 Uhr	19 (69)	35 (81)	38 (75)
nein	5 (12)	4 (9)	2 (4)

$CHI^2 = 4.60$ FG= 4 $p > 0.05$

Das Ergebnis der Frage nach der Teilnahme am Rooming-in zeigt die Tabelle 14. Die fehlende Antwort in der 1. Gruppe entstand durch eine Frau, die ihr Kind nie angelegt hatte. Nur 11 Frauen (8 Prozent) nahmen kein Rooming-in in Anspruch, von ihnen stillten fast die Hälfte nur kurz. Bei den 23 Frauen (17 Prozent), die ihr Kind immer bei sich hatten, verteilten sich 48 Prozent auf die 3. Gruppe. 17 Prozent auf die 2. und 35 Prozent auf die 1.

Die Tendenz, daß der pausenlose Kontakt zum Kind zu einer längeren Stilldauer führt, wird ersichtlich, ist aber statistisch nicht signifikant.

6.4.4. Stillpraxis

Zunächst wurde geprüft, welchen Einfluß der Zeitpunkt des ersten Anlegens des Kindes auf die Stilldauer hat.

Tabelle 15: Wann haben Sie Ihr Kind zum ersten Mal angelegt?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
bis zu sechs Stunden nach der Geburt	24 (56)	31 (72)	46 (81)
nach sechs Stunden oder später	19 (44)	12 (28)	11 (19)

$CHI^2 = 7.38$ FG= 2 $p < 0.05$

Die Frage nach dem ersten Anlegen sah eine Einteilung nach "sofort nach der Geburt", "bis zu sechs Stunden danach", "zwischen sechs und zwölf Stunden danach" und "nach zwölf Stunden und später" vor, deren Zahlenverhältnisse aber kein signifikantes Ergebnis erbrachten.

In Tabelle 15 werden die ersten sechs Stunden und die Zeit danach zusammengefaßt und lassen jetzt die signifikanten Unterschiede in bezug auf die Abhängigkeit eines frühzeitigen Anlegens erkennen. Zwar stellte sich in diesem Kollektiv kein wesentlicher Unterschied im Anlegen sofort nach der Geburt oder einem leicht verzögerten innerhalb der ersten Stunden danach heraus, das späte erste Anlegen nach sechs Stunden oder später zeigte aber einen negativen Einfluß auf die Stilldauer.

Tabelle 16: Wie haben Sie Ihr Kind nach Ihrem Klinikaufenthalt gestillt?

	1. Gruppe N=42 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
eher unregelmäßig, z. B. nach Bedarf des Kindes	17 (41)	26 (61)	44 (77)
eher regelmäßig, z. B. alle vier Stunden	12 (29)	17 (40)	13 (23)
gar nicht mehr	13 (31)	-	-

$CHI^2 = 38.62$ FG= 4 $p < 0.01$

Noch eindeutiger sah das Ergebnis der Frage nach der Regelmäßigkeit des Stillens aus; hier ergab sich eine hochsignifikante Abhängigkeit der Stilldauer vom Self-demand-feeding.

Von den 87 Frauen, die nach Bedarf des Kindes gestillt haben, stillten 51 Prozent länger als drei Monate, 30 Prozent bis zwölf Wochen und 20 Prozent kurz. Die Gruppe der regelmäßig stillenden Frauen läßt eine eher homogene Verteilung auf die drei Stillgruppen erkennen.

Eine weitere Frage nach dem Anlegen an einer Brustseite oder beiden ließ erkennen, daß nur 13 Prozent aller Frauen ihr Kind während einer Mahlzeit an einer Brust trinken lassen, was für die Stilldauer aber bedeutungslos scheint.

Tabelle 17: Mußten Sie zufüttern?

	1. Gruppe N=29 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
nein, ich stillte ohne Zufüttern	1 (3)	18 (42)	44 (77)
zuerst ja, dann stillte ich voll	-	2 (5)	7 (12)
zuerst nein, dann mußte ich zufüttern	17 (59)	13 (30)	3 (5)
ja, ich mußte immer zufüttern	11 (38)	10 (23)	3 (5)

$CHI^2 = 60.41$ FG= 6 $p < 0.01$

Erwartungsgemäß spielte auch in diesem Kollektiv das alleinige Verfüttern von Muttermilch eine entscheidende Rolle für die Dauer der Stillzeit, was sich im hochsignifikanten Ergebnis von Tabelle 17 wieder bestätigt.

Von den 63 Frauen, die immer voll stillten, verteilen sich 70 Prozent auf die 3. Gruppe, 27 Prozent auf die 2. und nur 1 Prozent auf die 1. der kurz stillenden.

Faßt man die Frauen zusammen, die erst später oder immer zufüttern mußten, so haben etwa 50 Prozent schon innerhalb der ersten vier Wochen abgestillt. Weitere 40 Prozent entfallen auf die mittlere Gruppe und nur 10 Prozent stillen länger als drei Monate.

Wie aus Tabelle 17 abzulesen ist, müssen in der 1. Stillgruppe 38 Prozent immer zufüttern, 59 Prozent schon nach kurzer Zeit und nur 1 Prozent nie. In der 2. Gruppe sieht die Verteilung so aus, daß 23 Prozent immer zufüttern müssen, 30 Prozent schon bald und 42 Prozent voll stillten. In der 3. Gruppe müssen jeweils 5 Prozent immer oder später zufüttern und 90 Prozent stillen gleich oder nach kurzer Zeit voll.

Tabelle 18: Haben Sie Ihr Kind vor und/oder nach dem Stillen gewogen?

	1. Gruppe N=29 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja, immer ja, manchmal	20 (69)	31 (72)	25 (44)
nein	9 (31)	12 (28)	32 (56)

$CHI^2 = 9.63$ FG= 2 $p < 0.01$

Ebenfalls erwartungsgemäß übt die Waage einen negativen Einfluß auf das Stillen aus, wie die Tabelle 18 in dem hochsignifikanten Ergebnis zum Ausdruck bringt.

Von den 53 Frauen, die ihr Kind nicht gewogen haben, stillen 60 Prozent lange und erfolgreich, 23 Prozent bilden die mittlere Gruppe und 17 Prozent stillen nur kurz.

Die Beantwortung der Frage, ob zusätzlich eine Teeflasche gegeben wurde, ergab keine Beziehung zur Stilldauer. 60 Prozent gaben zusätzlich Tee und 40 Prozent nicht.

6.4.5. Stillprobleme

Tabelle 19: Hatten Sie Probleme (z. B. Wundsein) mit Ihren Brustwarzen?

	1. Gruppe N=42 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	15 (36)	10 (23)	26 (46)
nein	27 (64)	33 (77)	31 (54)

$CHI^2 = 5.32$ FG= 2 $p > 0.05$

Die Frage nach Problemen mit den Brustwarzen durch das Stillen erbrachte zwar kein statistisch signifikantes, aber doch recht bemerkenswertes Ergebnis. Tabelle 19 zeigt nämlich, daß von den 51 Frauen, die mit "Ja" antworteten, 51 Prozent erfolgreich über drei Monate stillten, was bedeutet, daß wunde Warzen am Anfang die Stilldauer nicht zu gefährden scheinen.

Tabelle 20: Bemerkten Sie einen Rückgang Ihrer Milchproduktion?

	1. Gruppe N=29 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	26 (90)	34 (79)	9 (16)
nein	3 (10)	9 (21)	44 (77)
weiß nicht	-	-	4 (7)

$CHI^2 = 59.85$ FG= 4 $p < 0.01$

Die Bedeutung des Rückgangs der Laktation für das Stillen ist offensichtlich und so erstaunt das hochsignifikante Ergebnis der Tabelle 20 nicht. Es wird aber hier nicht davon ausgegangen, daß alle 69 Frauen (54 Prozent), die einen Rückgang ihrer Milchproduktion bemerkten, an einer echten Hypogalaktie leiden. Viel eher handelt es sich bei der Hypogalaktie um einen äußerst subjektiven Parameter, der mehr Ausdruck von Stillproblemen ist, die stilltechnischer oder psychischer Natur sein müssen.

Auch die allgemein gehaltene Frage nach Problemen mit dem Stillen soll mehr die aktuelle Stillsituation wiedergeben, als daß hier das einzelne Problem interessieren würde.

So zeigt die nachstehende Tabelle 21 die signifikante Abhängigkeit der Stilldauer von Stillproblemen, was gleich-

zeitig die deutlich positive Einstellung dem Stillen gegenüber erkennen läßt.

Tabelle 21: Hatten Sie Probleme mit dem Stillen?

	1. Gruppe N=42 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	26 (62)	13 (30)	19 (33)
nein	16 (38)	29 (67)	38 (67)
weiß nicht	-	1 (2)	-

$CHI^2 = 13.07$ FG= 4 $p < 0.05$

Von den 58 Frauen, die Schwierigkeiten angaben, stillen 45 Prozent nur kurz, 22 Prozent länger und 33 Prozent lange erfolgreich. Von den anderen 83 Frauen entfallen dagegen 19 Prozent auf die 1., 35 Prozent auf die 2. und 46 Prozent auf die 3. Gruppe. Auffallend ist hier, daß in der 2. und 3. Gruppe jeweils 67 Prozent keine Stillschwierigkeiten hatten.

Aus der Frage nach mehr Informationen über das Stillen geht hervor, daß fast die Hälfte aller Frauen - ohne wesentliche Unterschiede in den einzelnen Stillgruppen - mehr Informationen gewünscht hätten.

In Tabelle 22 wurde die Frage nach Stillproblemen dem Wunsch nach mehr Informationen gegenübergestellt. Die Häufigkeitsverteilung innerhalb der einzelnen Kategorien lassen die hochsignifikante Zuordnung treffen, daß genau die Frauen mit Stillschwierigkeiten auch mehr Aufklärung gewünscht hätten und umgekehrt die ohne Probleme sich genügend informiert fühlten.

Tabelle 22: Mehr Informationen - Probleme mit dem Stillen

	Probleme mit dem Stillen					
	ja		nein		weiß nicht	
Mehr Informationen	N=58	(%)	N=83	(%)	N=1	(%)
ja	44	(76)	24	(29)	1	(100)
nein	11	(19)	51	(61)	-	
weiß nicht	3	(5)	8	(10)	-	

$CHI^2 = 31.74$ FG= 4 $p < 0.01$

Wie eingangs schon erwähnt, ist die Ernährung des Säuglings mit der Milchflasche so zum festen Bestandteil des menschlichen Lebens geworden, daß unter diesem Gesichtspunkt das hochsignifikante Ergebnis aus Tabelle 23 nicht verwundern kann.

Tabelle 23: Halten Sie die Säuglingsnahrung mit der Flasche für bequemer als das Stillen?

	1. Gruppe		2. Gruppe		3. Gruppe	
	N=43	(%)	N=43	(%)	N=57	(%)
bequemer	19	(44)	10	(23)	3	(5)
macht keinen Unterschied	8	(19)	12	(28)	10	(18)
unbequemer	16	(37)	19	(44)	42	(74)
weiß nicht	-		2	(5)	2	(4)

$CHI^2 = 26.99$ FG= 6 $p < 0.01$

Nur 77 Frauen (54 Prozent) finden das Stillen bequemer als die Flaschengabe. Von ihnen stillen 21 Prozent kurz, 25 Prozent bis zwölf Wochen und 55 Prozent lange. Die letztgenannten stellen innerhalb der 3. Gruppe den höchsten Anteil

von 74 Prozent. 32 Frauen gaben eindeutig der Flasche den Vorzug und verständlicherweise stillen von ihnen 59 Prozent nur kurz.

6.4.6. Gründe für das Stillende

Die Gründe für das Stillende konnten nur von den Frauen erfragt werden, die bereits innerhalb der ersten zwölf Wochen abgestillt hatten. Im folgenden reicht die einfache Häufigkeitsverteilung der gegebenen Antworten aus, da sich keine wesentlichen Unterschiede in der 1. und 2. Stillgruppe ergaben.

Da die Frage 40 des Stillfragebogens Mehrfachankreuzungen zuließ, entsprechen die Zahlen der Anzahl der überhaupt gegebenen Antworten und nicht der Anzahl der 86 Frauen.

Tabelle 24: Welche Gründe gibt es für das Stillende bzw. das Nicht-Stillen?

	N=167	(%)
keine Freude am Stillen	4	(2)
ausreichende Stilldauer	5	(3)
ungenügende Milchproduktion	66	(40)
Trinkschwierigkeiten des Kindes	43	(26)
Entzündungen der Brustwarzen oder -drüsen	29	(17)
Wiederaufnahme der Berufstätigkeit	7	(4)
Wunsch des Partners	1	(1)
andere Gründe	12	(7)

Mit 40 Prozent der gegebenen Antworten steht die Hypogalaktie an erster Stelle der für das Abstillen verantwortlich gemachten Gründe. Weitere 26 Prozent entfallen auf Trinkschwierigkeiten des Kindes und 17 Prozent auf Entzündungen.

Die restlichen 18 Prozent der angeführten Gründe setzen sich aus den verschiedenen aus Tabelle 24 ersichtlichen Angaben zusammen und spielen nur eine nebengeordnete Rolle, wie auch z. B. die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, die nur 4 Prozent der Frauen als Grund für ihr Stillende angaben.

Noch klarer wird das Ergebnis, wenn die Antwortmöglichkeiten auf die 86 Frauen bezogen wird. Dabei ergibt sich, daß 75 Prozent die ungenügende Milchproduktion ankreuzten, 50 Prozent die Trinkschwierigkeiten des Kindes und 33 Prozent die Entzündungen der Brustwarzen oder -drüsen.

91 Prozent des ganzen Kollektivs hatten ihre Berufstätigkeit inzwischen noch nicht wieder aufgenommen. Zwei Frauen arbeiteten voll und elf halbtags, von denen acht immer noch stillten.

Fragen nach Erkrankungen von Mutter und Kind und die Frage nach besonderen Belastungen nach der Entbindung ergaben keinen Bezug zur Stilldauer.

Ob die Frauen der 1. und 2. Stillgruppe gerne noch weiter gestillt hätten, beantworteten 84 Prozent beider Gruppen mit "ja".

Abschließend wurden alle Frauen gefragt, ob sie ein weiteres Kind wieder stillen würden und ob sie einer Freundin zum Stillen raten würden. Da beide Fragen fast identisch beantwortet wurden, kann mit einer Tabelle das Ergebnis verdeutlicht werden.

Tabelle 25: Würden Sie ein zweites Kind (wieder) stillen wollen?

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
ja	37 (86)	41 (95)	57(100)
nein	3 (7)	1 (2)	-
weiß nicht	3 (7)	1 (2)	-

$CHI^2 = 9.14$ FG= 4 $p > 0.05$

94 Prozent der Mütter würden ein weiteres Kind erneut stillen wollen und jeweils 3 Prozent würden es nicht oder sind unschlüssig.

Damit würde sich die positive Stillabsicht, die hier bei den Primiparae 100 Prozent betrug, bei einem zweiten Kind um 3-6 Prozent verringern. Während alle Mütter der 3. Gruppe erneut stillen würden, wären aus der 1. Gruppe 14 Prozent nicht mehr ohne weiteres zum Stillen bereit.

6.5. Gießen-Test

6.5.1. Vergleich mit Normwerten

Zunächst wurden die Ergebnisse des gesamten Kollektivs sowohl in den einzelnen Items als auch in den sechs vorgegebenen Skalen mit den Normwerten der Eichstichprobe des Gießen-Tests verglichen.

Tabelle 26: Vergleich der Itemwerte des Schwangerenkollektivs mit den Normwerten des Gießen-Tests

Item	Mittelwerte der 143 Frauen der Studie	Normwerte	
		$\bar{x}$	s
1	4.55	4.28	2.03
2	3.24	3.18	1.85
3	3.86	3.62	1.57
4	4.50	3.41	1.87
5	5.04	4.87	1.87
6	3.64	3.87	2.15
7	4.52	4.69	1.66
8	3.92	3.64	1.86
9	5.36	2.51	1.40
10	3.35	3.59	1.69
11	2.72	4.01	1.71
12	5.04	4.63	1.73
13	4.79	2.66	1.70
14	3.34	3.66	1.87
15	3.98	4.46	1.68
16	4.50	4.43	1.70
17	2.67	3.45	1.85
18	3.97	4.48	1.95
19	3.93	4.13	1.94
20	3.60	3.33	1.61
21	4.43	4.66	1.72
22	4.57	5.19	1.58
23	4.63	4.94	1.45
24	4.32	3.26	1.71
25	3.32	4.55	1.57
26	3.37	3.54	1.63
27	5.10	5.00	1.65
28	5.17	5.17	1.64
29	3.62	3.62	1.71
30	2.27	2.70	1.50

Item	Mittelwert der 143 Frauen der Studie	Normwerte	
		$\bar{x}$	s
31	4.11	3.47	1.63
32	5.30	5.15	1.64
33	4.97	4.88	1.55
34	2.82	3.42	1.54
35	4.45	4.95	1.75
36	3.03	3.25	1.46
37	4.38	4.36	1.46
38	4.73	3.33	1.60
39	3.01	4.47	1.90
40	2.77	3.00	1.71

Der Vergleich der einzelnen Items mit den Normwerten erbrachte eine weitgehende Übereinstimmung. Nur in den Items 9 und 13 zeigte unser Kollektiv Abweichungen.

In Item 9 wird nach der Einschätzung der eigenen Arbeitsleistung gefragt. Die Frauen dieser Studie sind danach im Durchschnitt der Meinung, daß andere mit ihrer Arbeitsleistung eher besonders zufrieden sind.

Item 13 betrifft den Umgang mit Geld. Hierbei gab der Durchschnitt der Frauen an, mit Geld eher besonders gut umgehen zu können.

Tabelle 27: Vergleich der GT-Skalen des Schwangerenkollektivs mit den Normwerten des Gießen-Tests

Skala	Skalenwert der 143 Frauen		Normwerte
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$
1	28.94	4.72	29.10
2	26.71	5.35	27.74
3	25.11	4.98	27.42
4	24.08	6.09	24.51
5	20.12	5.86	23.06
6	18.84	5.32	20.56

Auch der Vergleich der sechs GT-Skalen läßt keine nennenswerte Abweichung von den Normwerten erkennen, so daß es sich bei der Stichprobe dieser Studie um ein der Durchschnittsbevölkerung entsprechendes Kollektiv handelt.

6.5.2. GT-Skalen und Stilldauer

Im weiteren wurden die GT-Skalen 1 bis 6 wieder den drei Gruppierungen unterschiedlicher Stilldauer gegenübergestellt.

Dabei erwies sich die in den Testanweisungen vorgeschlagene Auswertungsform auch für diese Fragestellung als sinnvoll und wurde daher angewandt.

So wurden die für die Skalen addierten Rohwerte in drei Gruppen unterteilt, wobei die Mittelgruppe 2 hier als Gruppe mit Normwerten interpretiert wird. Die Gruppen 1 und 3 weichen je nach einem Extrem ab und können als statistisch auffällig betrachtet werden.

Im folgenden werden die sechs GT-Skalen nach diesem Gruppierungsschema in der Gegenüberstellung der Stillgruppen dargestellt.

Tabelle 28: Skala 1 - Soziale Resonanz

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	2 (5)	5 (12)	7 (12)
GT 2	36 (84)	31 (72)	46 (77)
GT 3	5 (12)	7 (16)	6 (11)

$CHI^2 = 2.74$ FG= 4 $p > 0.05$

In der Skala 1 werden die Items 9, 16, 23, 27, 33 und 37 (s. Anhang) unter der Bezeichnung "Soziale Resonanz" zusammengefaßt. Auf der linken Skalenseite - tendenziell hin zu der hier bezeichneten Gruppe GT 1 - liegt eine negativ sozial resonante Einschätzung vor, die mit den Begriffen: unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert umschrieben werden kann.

Als positiv sozial resonant - im Extremfall in der GT-Gruppe 3 - werden die bezeichnet, die sich selbst als anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig und am schönen Aussehen interessiert einschätzen.

In der Skala 1 wird also nach der Wirkung auf die Umgebung gefragt und im wesentlichen sollen Komponenten der hysterischen Struktur zum Ausdruck kommen. Im allgemeinen neigen Neurotiker dazu, sich selbst als negativ sozial resonant zu sehen.

Wie die Tabelle 28 zeigt, liegen 113 Frauen (79 Prozent) mit ihren Werten im Normbereich. Die Werte der 14 bzw. 18 davon abweichenden Frauen sind in bezug auf die Stilldauer statistisch nicht relevant.

Tabelle 29: Skala 2 - Dominanz

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	9 (21)	4 (9)	18 (32)
GT 2	26 (61)	31 (72)	36 (63)
GT 3	8 (19)	8 (19)	3 (5)

$CHI^2 = 10.72$ FG= 4 $p < 0.05$

In Skala 2 wird der Begriff der Dominanz dem der Gefügigkeit gegenübergestellt. Als dominant gilt, wer häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation und ungeduldig ist. Der Gefügige sieht sich genau gegenteilig. Die Skala 2 wird von den Items 1, 3, 22, 28, 31 und 35 gebildet.

Diese Skala betrifft die psychosozialen Abwehrformen wie Aggresivität, Eigensinn, auf der anderen Seite Aggressionsunfähigkeit, Unterordnungstendenz. Zur Darstellung kommen somit unter triebpsychologischem Aspekt besonders zwanghafte Züge.

Menschen mit psychogenen Störungen kreuzen eher in Richtung Dominanz - GT 1 - an, während sich "Normale" eher gefügiger und anpassungsfähiger darstellen.

Das signifikante Ergebnis aus Tabelle 29 läßt erkennen, daß die 93 Frauen des Normbereichs sich relativ gleichmäßig auf die drei Stillgruppen verteilen. Dagegen befinden sich 58 Prozent der 31 Frauen, die eine ausgeprägte Dominanz aufweisen, in der 3. Stillgruppe, das sind 32 Prozent der ganzen Gruppe 3. Bei den besonders gefügigen 19 Frauen entfallen jeweils 42 Prozent auf die ersten beiden Stillgruppen und nur 16 Prozent auf die 3.

Eine Gegenüberstellung nur der beiden Extremgruppen GT 1 und 3 zeigt ein hochsignifikantes Ergebnis.

Tabelle 30: Skala 3 - Kontrolle

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	15 (35)	7 (16)	17 (30)
GT 2	25 (58)	33 (77)	40 (70)
GT 3	3 (7)	3 (7)	-

$CHI^2 = 8.06$ FG= 4 $p > 0.05$

Die Items 13, 18, 21, 24, 38 und 39 werden zur Skala 3 zusammengefaßt. Als unterkontrolliert werden die Personen bezeichnet, die unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig und fähig zum Ausgelassensein sind. Die entgegengesetzten Eigenschaften besitzen überkontrollierte Menschen - hier GT 3.

In dieser Skala geht es um die intrapsychische Triebregulation, die Beziehung zwischen Es und Ich-Überich. So lassen sich extrem unterkontrollierte Personen mit der Bezeichnung des triebhaften Charakters versehen und extrem überkontrollierte mit der der Zwangsstruktur. Das neutrale Mittel ist in dieser Skala nach rechts, d. h. nach der Richtung überkontrolliert verschoben.

Die Ergebnisse der Frauen dieser Studie zeigt die Tabelle 30. 98 Frauen, das sind 69 Prozent, befinden sich im Normbereich, 39 Frauen (27 Prozent) weichen in Richtung unterkontrolliert, 6 (4 Prozent) in Richtung überkontrolliert ab.

Hervorzuheben ist, daß keine der erfolgreich stillenden Frauen Werte erreicht hat, die auf eine zwanghafte Struktur schließen lassen.

Tabelle 31: Grundstimmung - Skala 4

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	4 (9)	6 (14)	5 (9)
GT 2	31 (72)	27 (63)	39 (68)
GT 3	8 (19)	10 (23)	13 (23)

$CHI^2 = 1.26$ FG= 4 $p > 0.05$

Die Skala 4 will mit den sechs Items 4, 5, 6, 8, 14 und 29 die Grundstimmung auf der einen Seite in hypomanisch, auf der anderen in depressiv unterteilen. Hypomanische Personen sind danach selten bedrückt, wenig zur Selbstreflexion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend und eher unabhängig. Depressive Menschen schätzen sich genau gegenteilig ein.

Aus psychoanalytischer Sicht ist die Stimmungslage u. a. abhängig von der Möglichkeit der Aggressionsentfaltung; so kann die Unfähigkeit, Aggressionen nach außen abzuleiten, zu depressiven Stimmungslagen führen.

Unausgelesene Neurotiker weichen mit ihren Werten in dieser Skala nach rechts, d. h. hier nach GT 3 ab.

Das nicht signifikante Ergebnis aus Tabelle 31 zeigt, daß 97 Frauen (68 Prozent) eine als normal zu bezeichnende Grundstimmung aufweisen. Sowohl die 15 in Richtung hypomanisch abweichenden als auch die 31 als eher depressiv einzustufenden Frauen lassen keine nennenswerten Unterschiede in der Verteilung auf die drei Stillgruppen erkennen.

Tabelle 32: Skala 5 - Durchlässigkeit

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	7 (16)	17 (40)	26 (46)
GT 2	35 (81)	23 (54)	28 (49)
GT 3	1 (2)	3 (7)	3 (5)

$CHI^2 = 12.07$ FG= 4 $p < 0.05$

Die Items 10, 11, 15, 19, 25 und 34 ergeben die Skala 5, die nach den psychosozialen Beziehungen des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens fragt. Die Skala bewegt sich zwischen den beiden Polen der "Durchlässigkeit" und "Retentivität", die aus psychoanalytischer Sicht von frühen Kontakterlebnissen in der oralen und analen Phase geprägt werden.

Als durchlässig wird bezeichnet, wer aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig und intensiv in der Liebe erlebnisfähig ist. Im Gegensatz dazu steht die retentive Persönlichkeit.

Neurotiker weisen im allgemeinen eher retentive Züge auf.

Die Zahlen in Tabelle 32 zeigen reicht eindrucksvoll, wie die Stilldauer und der Stillerfolg von der Erlebnisqualität des Kontaktes abhängig zu sein scheint. Von den 50 Frauen (35 Prozent), die sich als extrem durchlässig darstellen, stillen 14 Prozent nur kurz, 34 Prozent bis zu zwölf Wochen und 52 Prozent lange und erfolgreich.

Wegen der zu geringen Zahl der 7 Frauen, die ausgeprägt retentive Züge aufweisen, lassen sich keine Beziehungen zwischen der Stilldauer und der Retentivität herstellen.

Tabelle 33: Skala 6 - Soziale Potenz

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
GT 1	14 (33)	16 (37)	22 (39)
GT 2	25 (58)	24 (56)	32 (56)
GT 3	4 (9)	3 (7)	3 (5)

$CHI^2 = 0.85$ FG= 4 $p > 0.05$

Die von den Items 2, 7, 17, 26, 30 und 40 gebildete Skala 6 trägt die Überschrift "Soziale Potenz" und meint damit im Sinne der Psychoanalyse eine potente Persönlichkeit auf der genitalen Entwicklungsstufe.

Im Idealfall sieht dabei eine sozial potente Person so aus, daß sie gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zur Dauerbindung und phantasiereich ist. Eine sozial impotente Person besitzt die gegenpoligen Eigenschaften.

In dieser Skala weichen Neurotiker gewöhnlich nicht von der Norm ab.

Tabelle 33 zeigt die Verteilung der 143 Frauen in ihrer Selbsteinschätzung der sozialen Potenz. 81 Frauen (57 Prozent) bewegen sich innerhalb der Normwerte und die erstaunlich große Zahl von 52 Frauen (36 Prozent) weicht in Richtung extremer sozialer Potenz ab, was möglicherweise als positiver Effekt der Schwangerschaft zu werten sein könnte.

Die homogene Verteilung in den drei Stillgruppen läßt keinerlei Bezug zur Dauer der Stillzeit erkennen.

6.5.3. Einzelitemanalyse

Nach der Skalenauswertung wurden die 40 Items des Gießen-Tests den drei Stillgruppen gegenübergestellt.

Für die Beantwortung der Items steht eine bipolare Skala mit 7 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, deren Mitte einer Weder-Noch-Antwort entspricht. Für die Einzelitemanalyse wurde deshalb zunächst eine Dreiteilung der Punktwerte gewählt, d. h. je eine Gruppe für die Zustimmung zu jeder der beiden Aussagen und eine für den Mittelwert. In 7 Items ergaben sich statistisch signifikante Befunde.

Tabelle 34: Ich glaube, ich meide eher/suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen. (Item 12)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Meide Anschluß	9 (21)	9 (21)	4 (7)
Weder - noch	15 (35)	6 (14)	14 (25)
Suche Anschluß	19 (44)	28 (65)	39 (68)

$CHI^2 = 10.81$ FG= 4 $p < 0.05$

In Item 12 wird nach dem Meiden oder Suchen von engem Anschluß an einen anderen Menschen gefragt. 86 Frauen (60 Prozent) gaben an, eher sehr engen Anschluß zu suchen und stellen damit zwar für jede der drei Stillgruppen mit 44 Prozent, 65 Prozent und 68 Prozent den Hauptteil; aber anders interpretiert fallen nur 22 Prozent dieser Antwortkategorie auf die 1., 32 Prozent auf die 2. und 45 Prozent auf die 3. Stillgruppe.

Von den 22 Frauen (15 Prozent), die engen Anschluß eher meiden, entfallen je 41 Prozent auf die ersten beiden und nur 18 Prozent auf die 3. Gruppe.

Besonders im Vergleich der 1. mit der 3. Stillgruppe wird deutlich, daß die Anschlußsuche an andere für die Stilldauer förderlich erscheint.

Tabelle 35: Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut/schlecht mit Geld umgehen. (Item 13)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Gut mit Geld umgehen	18 (42)	30 (70)	31 (54)
Weder - noch	13 (30)	9 (21)	9 (16)
Schlecht mit Geld umgehen	12 (28)	4 (9)	17 (30)

$CHI^2 = 10.51$ FG= 4 $p < 0.05$

Wie schon aus dem Vergleich der Einzelitems mit den Normwerten hervorging, liegt der Anteil der Frauen, die glauben, mit Geld gut umgehen zu können, höher als in der Normalbevölkerung. So erstaunt auch nicht, daß in jeder der drei Stillgruppen die meisten Frauen mit Geld gut umgehen können.

Bemerkenswert an Tabelle 35 ist hier im wesentlichen die mittlere Stillgruppe, die sich signifikant von den anderen beiden unterscheidet. Von den 43 Frauen glauben 70 Prozent, und das sind weit mehr als in den anderen beiden Gruppen, daß sie gut mit Geld umgehen können, 21 Prozent ordnen sich in der Mitte ein und nur 9 Prozent gaben an, schlecht mit Geld umzugehen.

Tabelle 36: Ich glaube, ich habe es eher leicht/eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden. (Item 17)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Leicht zu binden	24 (56)	35 (81)	40 (70)
Weder - noch	9 (21)	3 (7)	12 (21)
Schwer zu binden	10 (23)	5 (12)	5 (9)

$CHI^2 = 9.49$ FG= 4 $p < 0.05$

Das signifikante Ergebnis der Tabelle 36 läßt die eindeutige Aussage treffen, daß die Frauen, die glauben, daß sie sich schwer an einen anderen Menschen binden können, auch wesentlich kürzer stillen. Von den 20 Frauen (14 Prozent), die die Frage in dieser Weise beantwortet haben, stillen 50 Prozent nur kurz, das sind doppelt so viele wie in den anderen beiden Gruppen.

Im Vergleich dazu gaben 99 Frauen (69 Prozent) an, sich leicht binden zu können. Von ihnen stillten 24 Prozent kurz und 40 Prozent erfolgreich.

Tabelle 37: Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich/eher überordentlich. (Item 21)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Wenig ordentlich	9 (21)	6 (14)	23 (40)
Weder - noch	12 (28)	12 (28)	12 (21)
Überordentlich	22 (51)	25 (58)	22 (39)

$CHI^2 = 9.85$ FG= 4 $p < 0.05$

In Item 21 wird nach der eigenen Einschätzung der Ordentlichkeit gefragt. Während sich die "normal" ordentlichen und die überordentlichen Frauen fast gleichmäßig auf die drei Stillgruppen verteilen, befinden sich 61 Prozent der 38 Frauen, die sich für wenig ordentlich halten, in der 3. Stillgruppe. Das sind immerhin 40 Prozent der erfolgreich stillenden Frauen. Interessant ist der Vergleich mit der 2. Gruppe der Frauen, die bis zwölf Wochen gestillt haben. Hier gaben 58 Prozent an, eher überordentlich zu sein und nur 14 Prozent halten sich für wenig ordentlich.

Weniger ordentlich zu sein, führt also signifikant zu einer längeren Stilldauer.

Tabelle 38: Ich schätze, ich gerate besonders häufig/besonders selten in Auseinandersetzung mit anderen Menschen. (Item 22)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Häufig in Auseinandersetzg.	5 (12)	6 (14)	17 (30)
Weder - noch	18 (42)	10 (23)	19 (33)
Selten in Auseinandersetzg.	20 (47)	27 (63)	21 (37)

$CHI^2 = 10.89$ FG= 4 $p < 0.05$

Die Häufigkeitsverteilung der Tabelle 38 läßt zweierlei erkennen, zum einen eine interessante Verteilung innerhalb der 2. Stillgruppe, zum anderen der hohe Prozentsatz in der 3. Gruppe, der angab, besonders häufig in Auseinandersetzung zu geraten.

Von den 28 Frauen, die meinen, besonders häufig Auseinandersetzungen zu haben, stillen 18 Prozent kurz, 21 Prozent bis zu 12 Wochen und 61 Prozent lange erfolgreich, was für die ganze 3. Gruppe 30 Prozent ausmacht.

In der Stillgruppe 2 nun geben 63 Prozent an, besonders selten in Auseinandersetzungen zu geraten, 23 Prozent weder - noch und nur 14 Prozent besonders häufig.

Setzt man also das Auseinandersetzen mit anderen einem weniger angepaßten Verhalten gleich, so zeigt sich, daß die weniger angepaßten Frauen deutlich länger stillen. Bei den eher angepaßten Frauen stillen die allermeisten nur bis höchstens zwölf Wochen.

Tabelle 39: Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten/verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen. (Item 32)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Selten Sorgen	5 (12)	7 (16)	1 (2)
Weder - noch	10 (23)	3 (7)	9 (16)
Oft Sorgen	28 (65)	33 (77)	47 (83)

$CHI^2 = 10.82$ FG= 4 $p < 0.05$

Tabelle 39 gibt eindrucksvoll wieder, wie mit ansteigender Stilldauer der Anteil der Frauen, die sich oft große Sorgen um andere Menschen machen, signifikant zunimmt. So sind es in der 1. Gruppe 65 Prozent, in der 2. 77 Prozent und in der 3. 83 Prozent.

Von den 13 Frauen, die sich eher selten Sorgen machen, entfallen 54 Prozent auf die mittlere Stillgruppe, verglichen mit 8 Prozent der 3. Gruppe.

Tabelle 40: Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht/eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen. (Item 33)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Schlecht durchsetzen	4 (9)	9 (21)	9 (16)
Weder - noch	6 (14)	13 (30)	6 (11)
Gut durchsetzen	33 (77)	21 (49)	42 (74)

$CHI^2 = 10.88$ FG= 4 $p < 0.05$

Auch in der Tabelle 40 muß das Hauptaugenmerk auf die mittlere Stillgruppe fallen, da die 1. und 3. Gruppe etwa gleiche Verteilungen zeigen. Jeweils etwa 75 Prozent gaben an, sich eher gut durchsetzen zu können. In der 2. Gruppe dagegen können nur 49 Prozent ihre Interessen gut durchsetzen, 30 Prozent können es weder gut noch schlecht und 21 Prozent eher schlecht. Diese 30 bzw. 21 Prozent liegen damit bedeutend höher als in den beiden anderen Gruppen.

In einem letzten Schritt wurden die einzelnen Items in einer anderen Rohwertgruppierung den drei Stillgrupen gegenübergestellt. Ging es in der vorhergehenden Auswertung hauptsächlich um die gegenpoligen Aussagen selbst, so sollte jetzt geprüft werden, ob sich die Extreme gegenüber dem Normalverhalten statistisch auffällig in bezug auf die Stilldauer zeigen würden.

Dabei wurden in Übereinstimmung mit den Testanweisungen die 7 Itempunkte erneut in drei Gruppen aufgeteilt, wobei jeweils die ersten und letzten beiden und die mittleren drei zusammengefaßt werden.

Von den 40 Items erbrachten 5 statistisch signifikante Ergebnisse. Item 13 und 22 wurden im vorangegangenen Abschnitt schon vorgestellt und ergaben keine neuen Informa-

tionen, Item 10, 15 und 38 dagegen werden mit ihren recht interessanten Ergebnissen nachfolgend aufgeführt.

Tabelle 41: Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel/besonders wenig Vertrauen. (Item 10)

	1. Gruppe N=41 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem viel Vertrauen	9 (21)	21 (49)	18 (32)
Normales Vertrauen	29 (67)	17 (40)	36 (63)
Extrem wenig Vertrauen	5 (12)	5 (12)	3 (5)

$CHI^2 = 10.11$ FG= 4 $p < 0.05$

Auch in Tabelle 41 muß der mittleren Stillgruppe Beachtung geschenkt werden, da sie sich signifikant von den beiden anderen unterscheidet. Fast die Hälfte der 43 Frauen, die ihr Kind bis zur 12. Woche abgestillt hatten, gab an, daß sie zu anderen Menschen ganz besonders viel Vertrauen hätte.

Tabelle 42: Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel/sehr wenig von mir preis. (Item 15)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem große Preisgabe	4 (9)	10 (23)	19 (33)
Normale Preisgabe	31 (72)	19 (44)	27 (47)
Extrem geringe Preisgabe	8 (19)	14 (33)	11 (19)

$CHI^2 = 12.38$ FG= 4 $p < 0.05$

Die Verteilung der Tabelle 42 bringt zum Ausdruck, welchen Einfluß die Fähigkeit zu größerer Offenheit auf die Dauer des Stillens hat.

Von den 33 Frauen, die extrem viel von sich preiszugeben glauben, stillen 58 Prozent länger als drei Monate, 30 Prozent bis 12 Wochen und nur 12 Prozent kurz. Von den anderen 33, sehr wenig preisgebenden Frauen stillen 24 Prozent kurz, 42 Prozent länger und 33 Prozent erfolgreich.

Von den Stillgruppen ausgegangen geben 33 Prozent der 3. Gruppe extrem viel von sich preis, im Gegensatz zu 33 Prozent der 2. Gruppe, die extrem wenig preisgeben.

Tabelle 43: Ich glaube, ich habe es im Vergleich mit anderen eher leicht/eher schwer bei einer Sache zu bleiben. (Item 38)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem leicht	13 (30)	19 (44)	16 (28)
Normal leicht/schwer	23 (54)	18 (42)	40 (70)
Extrem schwer	7 (16)	6 (14)	1 (2)

$CHI^2 = 12.05$ FG= 4 $p < 0.05$

Daß das Stillen auch eine Beschäftigung ist, die eine gewisse Ausdauer erfordert, scheint leicht einsichtig. So erstaunt nicht, daß von den 14 Frauen, die selbst der Meinung sind, daß sie nur sehr schwer bei einer Sache bleiben können, genau die Hälfte nur ganz kurz stillt, 43 Prozent etwas länger und 2 Prozent länger als drei Monate stillen. Weniger verständlich dagegen erscheint das Ergebnis der 48 Frauen, die extrem leicht bei einer Sache bleiben können. Denn hier bildet den Hauptteil die 2. Stillgruppe mit 40 Prozent. Aber auch davon abgesehen hebt sich die 2. Gruppe

von den anderen beiden dadurch hervor, daß sie mit 44 Prozent die größte Anzahl Frauen hat, die extrem geringe Schwierigkeiten haben, bei einer Sache zu bleiben.

6.6. S-S-G-Fragebogen

6.6.1. Vergleich mit Normwerten

Zunächst wurden von den fünf S-S-G-Skalen die Mittelwerte des Stillkollektivs errechnet und mit den Normwerten der Eichstichprobe des S-S-G verglichen.

Zum besseren Verständnis wurden die den Rohwerten entsprechenden Prozentränge mit angegeben. So entsprechen die Prozentränge, die für die Mittelwerte unserer Stichprobe angeführt werden, dem Prozentrang, den die Testanweisungen den Normwerten zuordnen.

Tabelle 44: Vergleich der S-S-G-Skalenwerte mit den Normwerten

	Schwangere		S-S-G-Stichprobe	
	$\bar{x}$	%-Rang	$\bar{x}$	%-Rang
OA - Offene Ablehnung	38.79	19	56.37	56
VA - Verletzungsangst	69.06	19	81.99	46
AS - Ablehnung Stillen	16.47	32	34.26	92
GA - Geburtsangst	14.90	20	19.31	44
ES - Einstellung Sexualität	33.35	10	47.09	57

Es ist augenfällig, daß die Frauen dieser Studie in allen Skalen extrem in Richtung "positiverer Einstellungen" im Vergleich zu den Testnormwerten abweichen. Die Prozentränge

bei der Eichstichprobe des S-S-G liegen im Vergleich der entsprechenden Skalen zwischen zwei- bis nahezu sechsmal höher.

Wie schon unter 4.3.5. angeführt worden ist, war mit Verschiebungen zu positiveren Ergebnissen zu rechnen; die tatsächlichen, außergewöhnlich starken Abweichungen waren jedoch unvorhersehbar und umso überraschender.

Daraus den Schluß zu ziehen, daß die 143 Frauen dieser Studie in ihren Einstellungen nicht der Normalbevölkerung entsprechen würden, wäre sicher irreführend und falsch. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, daß die Eichstichprobe des S-S-G-Fragebogens nicht repräsentativ genug ist, um sich ohne weiteres auf moderne Großstadtfrauen mit generell modernen Einstellungen gerade auf dem Gebiet von Schwangerschaft und Sexualität übertragen zu lassen.

Auf tiefergehende Analysen hinsichtlich der Testwertdifferenzen muß leider verzichtet werden, da sie den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würden.

Weit wichtiger war es, mit dem gewonnenen Datenmaterial doch noch zu einer sinnvollen Auswertung zu gelangen. Denn klar war, daß sich die zur Verfügung stehenden Prozentränge nicht zu Aussagen über positive oder negative Einstellungen in bezug auf die Stilldauer verwenden ließen. Durchgeführte Prozentranggruppierungen kombiniert mit den drei Stillgruppen zeigten dann auch erneut, daß sich in jeder Skala bereits 60 bis 70 Prozent der Frauen innerhalb der ersten 25 Prozentränge befanden.

Nach einigen Überlegungen wurde entschieden, von den reinen Rohwerten ausgehend eine Einteilung vorzunehmen. So werden - ähnlich wie im Gießen-Test - die ersten 15 Prozent der Rohwerte zur Gruppe der Frauen mit extrem positiven Einstellungen zu den verschiedenen Themenbereichen zusammengefaßt. Die nächsten 60 Prozent stellen eine Gruppe mit durchschnittlichen, eher "normalen" Einstellungen dar und die letzten 15 Prozent mit den höchsten Rohwertzahlen bilden

die Gruppe mit extrem negativen Einstellungen. Von einer Gegenüberstellung der beiden Extremgruppen wurde vornehmlich eine Bedeutung für die Stilldauer erwartet.

Die Ergebnisse der fünf S-S-G-Skalen werden in 6.6.2. dargestellt.

6.6.2. S-S-G-Skalen und Stilldauer

Tabelle 45: OA - Offene Ablehnung der Schwangerschaft

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem positiv	1 (2)	9 (21)	10 (18)
Durchschnittlich	32 (74)	29 (67)	43 (75)
Extrem negativ	10 (23)	5 (12)	4 (7)

$CHI^2 = 11.41$ FG= 4 $p < 0.05$

Die aus 20 Items bestehende Skala OA fragt nach der Einstellung der Frau zu ihrer Schwangerschaft und damit auch nach der Einstellung dem zu erwartenden Kind gegenüber (s. Anhang).

Wie die Tabelle 45 in ihrem signifikanten Ergebnis verdeutlichen kann, besteht tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Erwünschtheit bzw. Unerwünschtheit des Kindes und der Länge des Stillen.

Da die isolierte Gegenüberstellung der beiden extremen Einstellungen und der Stilldauer zu einem hochsignifikanten und besser überschaubaren Ergebnis führt, wird nachfolgend auch diese Tabelle angeführt.

Tabelle 46: Extreme Annahme und extreme Ablehnung der Schwangerschaft

	1. Gruppe N=11 (%)	2. Gruppe N=14 (%)	3. Gruppe N=14 (%)
Annahme	1 (9)	9 (64)	10 (71)
Ablehnung	10 (91)	5 (36)	4 (29)

$CHI^2 = 11.06$ FG= 2 $p < 0.01$

Wie aus Tabelle 46 hervorgeht, werden die besonders erwünschten Kinder hochsignifikant länger gestillt als die besonders unerwünschten, was ganz besonders deutlich wird an den Frauen der 1. Stillgruppe, die nur sehr kurz oder gar nicht gestillt haben.

Tabelle 47: VA - Verletzungsangst

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem geringe VA	4 (9)	8 (19)	8 (14)
Durchschnittliche VA	29 (67)	29 (67)	45 (79)
Extrem große VA	10 (23)	6 (14)	4 (7)

$CHI^2 = 6.58$ FG= 2 $p > 0.05$

Ebenfalls 20 Items beinhalten Fragen zur "Verletzungsangst". Darunter wird die unbewußte Einstellung dem Kind gegenüber verstanden, in deren Überfürsorglichkeit z. B. sich negative, der Mutter aber nicht bewußte Tendenzen zeigen können.

Wie aus Tabelle 47 ersichtlich wird, hat die unbewußte Ablehnung des Kindes keine Bedeutung für die Stilldauer.

Tabelle 48: AS - Ablehnung des Stillens

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extreme Annahme	5 (12)	8 (19)	7 (12)
Durchschnittliche Einst.	31 (72)	25 (58)	47 (83)
Extreme Ablehnung	7 (16)	10 (23)	3 (5)

$CHI^2 = 8.86$ FG= 4 $p > 0.05$

Die 10 Items, die die Einstellung zum Stillen betreffen, werden zur Skala AS zusammengefaßt.

Erstaunlicherweise konnte keine Abhängigkeit der Einstellung zum Stillen von der tatsächlichen Stilldauer gefunden werden.

Tabelle 49: GA - Geburtsangst

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem geringe GA	3 (7)	7 (16)	10 (18)
Durchschnittliche GA	32 (74)	30 (70)	41 (72)
Extrem große GA	8 (19)	6 (14)	6 (11)

$CHI^2 = 3.40$ FG= 4 $p > 0,05$

Die aus 5 Items bestehende Skala der Geburtsangst ist für die Frage der Stilldauer von geringerem Interesse und wird nur der Vollständigkeit halber aufgeführt. Wie Tabelle 49 auch zeigt, besteht zum Stillen keinerlei Bezug.

Tabelle 50: ES - Einstellung zur Sexualität

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Extrem positive Einst.	5 (12)	5 (12)	12 (21)
Durchschnittliche E.	30 (70)	27 (63)	41 (72)
Extrem negative Einst.	8 (19)	11 (26)	4 (7)

$CHI^2 = 7.79$ FG= 4 $p > 0.05$

Von den insgesamt 70 Items beinhalten 15 Fragen zur Sexualität. In Tabelle 50 zeigt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis. Anders sieht es aber in der Austestung nur der beiden extremen Gruppierungen aus.

Tabelle 51: Extrem positive Einstellung und extrem negative Einstellung zur Sexualität

	1. Gruppe N=13 (%)	2. Gruppe N=16 (%)	3. Gruppe N=16 (%)
Extrem positiv	5 (39)	5 (31)	12 (75)
Extrem negativ	8 (62)	11 (69)	4 (25)

$CHI^2 = 6.92$ FG= 2 $p < 0.05$

Wie man erkennen kann, fällt die 3. Stillgruppe der erfolgreich stillenden Frauen hier dadurch auf, daß 75 Prozent eine extrem positive Einstellung zur Sexualität in ihren Antworten zum Ausdruck bringen und nur 25 Prozent eine extrem negative. In den anderen beiden Stillgruppen ist das Verhältnis nahezu umgekehrt.

6.6.3. Ausgewählte S-S-G-Items

Auf einen Vergleich der Itemrohwerte dieses Kollektivs mit den Normwerten der einzelnen 70 Items kann verzichtet werden, da eine vollständige Einzelitemanalyse nicht durchgeführt werden sollte.

Verschiedene Items wurden den drei Stillgruppen gegenübergestellt und auf Signifikanzen geprüft, dabei konnten brauchbare Ergebnisse aber nicht erzielt werden.

Die nachfolgend ausgewählten drei Items betreffen daher nur die Einstellung zum Stillen und sollen weniger die unergiebige Beziehung zur Stilldauer zeigen, als daß sie Auskunft über die aktuelle Bewertung des Stillens des gesamten Kollektivs geben.

Tabelle 52: Wo es heute bereits so hochwertige Babynahrung gibt, ist es sicher besser, den Säugling mit der Flasche als mit der Brust groß zu ziehen. (Item 8)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Völlig unzutreffend	28 (65)	23 (54)	45 (79)
Unzutreffend	9 (21)	12 (28)	12 (21)
Eher unzutreffend	5 (12)	5 (12)	-
Zutreffend	-	2 (5)	-
Völlig zutreffend	1 (2)	1 (2)	-

$CHI^2 = 15.63$ FG= 8 $p < 0.05$

Ob die Frauen meinen, daß die Brust oder die Flasche besser ist, ergibt in Tabelle 52 zwar ein signifikantes Ergebnis, aber wegen der zu geringen Zahlen in den unteren Bereichen

wird auf die Bedeutung für die Stilldauer hier nicht näher eingegangen. Hervorzuheben ist jedoch, daß 90 Prozent aller Frauen nicht der Meinung sind, daß die Flasche für den Säugling besser ist, wenn die beiden Antworten "Völlig zutreffend" und "Zutreffend" zusammengefaßt werden.

Tabelle 53: Flaschenernährung ist für das Kind gesünder als Stillen. (Item 63)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Völlig unzutreffend	27 (63)	29 (67)	48 (84)
Unzutreffend	11 (26)	7 (16)	8 (14)
Eher unzutreffend	4 (9)	6 (14)	1 (2)
Völlig zutreffend	1 (2)	1 (2)	-

$CHI^2 = 9.98$ FG= 6 $p > 0.05$

Item 63 fragt erneut nach der Einstellung zur Flaschenernährung und wieder sind 90 Prozent aller Frauen nicht der Auffassung, daß die Flasche für das Kind gesünder ist.

Tabelle 54: Eine moderne Mutter wird gut daran tun, das Stillen zu unterlassen, da dies der Formschönheit der Brüste schaden könnte. (Item 22)

	1. Gruppe N=43 (%)	2. Gruppe N=43 (%)	3. Gruppe N=57 (%)
Völlig unzutreffend	36 (84)	33 (77)	50 (88)
Unzutreffend	3 (7)	8 (19)	5 (9)
Eher unzutreffend	2 (5)	1 (2)	2 (4)
Völlig zutreffend	2 (5)	1 (2)	-

$CHI^2 = 6.32$ FG= 6 $p > 0.05$

Das Vorurteil, die Brust würde durch das Stillen negativ verändert werden, wird immer wieder als Grund für die niedrige Stillfrequenz angeführt. Tabelle 54 zeigt, daß 94 Prozent der Frauen unseres Kollektivs nicht mehr glauben, daß ihre Brust durch das Stillen Schaden erleidet. Allerdings bleibt die Stilldauer davon trotzdem unbeeinflußt.

7. Diskussion

Im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht die Frage, welche psychosozialen Faktoren das Stillverhalten von erstgebärenden Frauen beeinflussen. Die Ergebnisse dieser Arbeit ermöglichen es, erste Aussagen über diese stillfördernden oder stillhemmenden Einflüsse zu machen. Den Rahmen für die gewonnenen Daten bildet die Dauer des Stillens, die den Erfolg oder Mißerfolg des Stillverhaltens am besten quantitativ meßbar zum Ausdruck bringt. Daher wurde durch die Einteilung in drei Stillgruppen von vornherein festgelegt, daß eine Stilldauer bis vier Wochen als Stillversagen, eine bis zwölf Wochen als Stillversuch und die länger als zwölf Wochen als Stillerfolg bezeichnet wird.

Der Hauptakzent der Diskussion wird deshalb auf die zusammenfassende und vergleichende Darstellung dieser drei Stillgruppen gelegt und soll in möglichst einfacher und überschaubarer Form die wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigen.

Damit dieses Ziel erreicht wird, muß aus der relativ großen Anzahl der Einzelergebnisse eine Auswahl getroffen werden, die abschließend zusammenfassend diskutiert wird. Im vorangehenden Ergebnisteil sind alle Ergebnisse einzeln ausführlich interpretiert worden und bedürfen keiner weiteren Erläuterung.

7.1. Allgemeine psychosoziale Faktoren und Stillverhalten

Der sich bereits in den Arbeiten von TÖNZ et al. (1980) und GARBE u. MARTIN (1983) abzeichnende Trend, daß wieder mehr Frauen ihr Kind stillen wollen, läßt sich auch durch diese Untersuchung erneut dokumentieren. Alle Frauen bekundeten vor ihrer Entbindung eine positive Stillabsicht und nur eine von ihnen legte ihr Baby nie an die Brust. Die Stillfrequenz, die definitionsgemäß nur Aussagen darüber

macht, ob eine Mutter überhaupt zu stillen begonnen hat, liegt damit bei über 99 Prozent. Nach den Angaben von ELLIES (1977) lag in der Mitte der 70er Jahre an seiner Bielefelder Klinik eine Stillabsicht vor der Entbindung bei 77 Prozent der Frauen vor, während die Stillfrequenz nur noch 57 Prozent betrug. In der Studie von MACKEY u. FRIED (1981) gaben 92 Prozent der Frauen an, stillen zu wollen, und 82 Prozent taten es schließlich.

Diese zunächst erfreuliche Zunahme der Stilltätigkeit dürfte Ausdruck der weiterhin anhaltenden Stillrenaissance und der damit verbundenen veränderten Praktiken während des Wochenbettaufenthaltes in der Klinik sein, die z. B. das primäre Abstillen zumindest ärztlicherseits nicht mehr ohne weiteres vorsehen.

Die nach drei Monaten ermittelte Stilldauer ergab, daß 30 Prozent der Frauen bis zu vier Wochen, weitere 30 Prozent bis zu zwölf Wochen und 40 Prozent länger als zwölf Wochen gestillt haben. Von den letztgenannten 40 Prozent stillten 90 Prozent ihr Kind voll, d. h. ohne jedes Zufüttern.

Die Stilldauer hat sich nach diesen Ergebnissen in den letzten zehn Jahren extrem verlängert, vergleicht man nur die Zahlen von ELLIES (1977) oder BIERMANN u. BIERMANN (1977), die von 4 bis 6 Prozent der Mütter ausgehen, die länger als drei Monate stillten. Die neueren Angaben von TÖNZ et al. (1980) und GARBE u. MARTIN (1983) liegen dagegen nur unwesentlich niedriger als in dieser Arbeit.

Die meßbare Zunahme der Stillfrequenz und -dauer läßt bereits hier eine überwiegend positive Hinwendung zum Stillen erkennen. Im folgenden sollen nun die verschiedenen Ergebnisse der Untersuchung aufzuklären helfen, mit welchen psychosozialen Faktoren diese allgemeine Stillfreudigkeit zum tatsächlichen Stillverhalten in Beziehung zu setzen ist, da immerhin 60 Prozent der Frauen nicht zu einem Stillerfolg gelangt sind.

Auf die stillfördernde Bedeutung der sozialen Parameter des Alters und der Schulbildung wurde von zahlreichen Autoren immer wieder hingewiesen (SWITZKY et al. 1980, WINNIKOFF u. BAER 1980, TÖNZ et al. 1980, WEST 1980, YEUNG et al. 1981, GARBE u. MARTIN 1983). So zeigte auch diese Untersuchung erneut, daß sich an der Sozialstruktur erfolgreich stillender Frauen bislang noch nichts geändert hat. Die Altersgrenze, ab der mit einem Stillerfolg zu rechnen ist, liegt etwa bei 25 Jahren, wird jedoch ab dem 30. Lebensjahr noch eindrucksvoller. Die Stilldauer der Frauen mit Hauptschul- oder Realschulabschluß weist keine wesentlichen Unterschiede auf, während die Frauen mit Abitur eindeutig länger stillen.

Die Vermutung liegt nahe, daß die Erwünschtheit der Schwangerschaft und der damit verbundenen frühen Akzeptanz des Kindes einen großen Einfluß auf die Motivation zum Stillen ausübt.

Die direkt darauf abzielende Frage erbrachte keinen Bezug zur Stilldauer. Interessanterweise ließ sich anhand der weniger direktiven Fragen des S-S-G-Fragebogens, die nach allgemeinen Einstellungen zur Schwangerschaft und zum Kind fragten, dann doch nachweisen, daß bei den besonders erwünschten Kindern mit einer hochsignifikant längeren Stillzeit gegenüber den besonders unerwünschten Kindern mit einer sehr kurzen Stillzeit zu rechnen ist. Beide Ergebnisse entstanden aus zwei Fragebogen, die den Frauen zum selben Zeitpunkt vor der Entbindung vorgelegt wurden.

Wie die scheinbar widersprüchliche Beantwortung der Frage nach der Gewolltheit der Schwangerschaft beweist, ist es durch einfaches Nachfragen, wie der Gynäkologe es im Rahmen seiner Schwangerenvorsorge üblicherweise tun würde, meist nicht möglich, die unbewußt ambivalenten oder negativen Gefühle der Frau zu ihrem Kind zu erfahren.

Damit kann dieser zwar äußerst bedeutsame Faktor nicht als Indikator oder Kriterium für ein später erfolgreiches

Stillverhalten fungieren, da die weniger auf das Bewußtsein der Frau ausgerichteten, sensibleren Erkundungsmöglichkeiten, die bisher dem psychologisch-psychiatrischen Bereich vorbehalten sind, an dieser Stelle keine Anwendung finden.

Als weitaus praxisrelevanter könnten sich dagegen die Ergebnisse des nächsten Themenkomplexes erweisen, die u. a. die Fragen nach dem Zeitpunkt und der Intensität der Stillabsicht erbrachten.

Wie LYON et al. (1981) und ENTWISLE (1982) herausfanden, wird die Entscheidung zum Stillen schon sehr früh in der Schwangerschaft getroffen, oder nach MACKEY u. FRIED (1981) sogar schon vor der Schangerschaft. Das trifft auch für diese Untersuchung zu, bei der 60 Prozent der Frauen bereits vor ihrer Schwangerschaft und weitere 31 Prozent zu Beginn das Stillen beabsichtigten und erklärt gleichzeitig die enorm hohe Stillfrequenz. GULICK (1983) kam zu dem Schluß, daß der Stillerfolg umso größer ist, je früher die Entscheidung zeitlich angesiedelt ist. Dieses Ergebnis findet hier keine Bestätigung, da sich die Stilldauer davon unabhängig zeigte.

Eine genaue Vorstellung von der Länge der Stilldauer erwies sich allerdings als hochsignifikant wichtiger Faktor für den Stillerfolg. Als ebenso stillfördernd wirkte sich der "unbedingte Still-Wille" aus, während das Einbeziehen der Möglichkeit, auch künstliche Ernährung zu benutzen, hochsignifikant geringere Stillzeiten zur Folge hatte. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch WIMMER-PUCHINGER et al. (1980), die eine signifikante Korrelation zwischen dem expliziten Stillwunsch und der Stilldauer feststellen konnten.

In Übereinstimmung mit der Studie von MACKEY und FRIEND (1981) faßte die Mehrheit der Frauen ihren Stillentschluß ohne fremden Einfluß. Während noch einige Frauen ihre Motivationen Büchern oder noch seltener bekannten Personen zu-

schrieben, hatte der Gynäkologe an der Stillentscheidung überhaupt keinen Anteil. Dies entspricht der landläufigen Vorstellung der üblichen gynäkologischen Praxis, in der während der Schangerenvorsorge die spätere Stilltätigkeit nur selten thematisiert oder gar ein adäquates Informationsgespräch geführt wird.

Die Einstellung zum Stillen erwies sich nach dieser Untersuchung als überdurchschnittlich positiv und die Vorteile der Muttermilch gegenüber Flaschennahrung waren über 90 Prozent der Frauen bekannt.

Das früher verbreitete Vorurteil, daß die Form der Brust durch das Stillen Schaden erleiden würde, scheint fast vollständig abgebaut zu sein, da 94 Prozent aller Frauen davon nicht mehr überzeugt sind. Demgegenüber stimmen in der Untersuchung von LYON et al. (1981) 39 Prozent der stillenden und 71 Prozent der Flasche gebenden Frauen dem zu, daß sich die Brust durch das Stillen negativ verändert. Auch diese neueren Ergebnisse sprechen für eine positive Hinwendung zum Stillen, was sich bisher jedoch nur auf die Zunahme der Stillfrequenz auszuwirken scheint.

STERNOWSKY u. TEPPE-SEIRADAKES (1981) schlußfolgern aus ihrer Untersuchung, daß die Frauen ihre fertige Stillentscheidung mit in die Geburtsklinik bringen und dort kaum noch zu beeinflussen sind. Dies trifft sehr wahrscheinlich für den primären Stillwunsch zu, denn auch hier zeigten weder die gynäkologischen Daten zum Entbindungs- bzw. Wochenbettverlauf noch ein subjektiv empfundener Klinikeinfluß, wie z. B. die Beurteilung der Stillanleitungen, signifikante Wirkungen auf die Stilldauer. Das bestätigt auch die Ergebnisse von ENTWISLE et al. (1982), GULICK (1983) und SWITZKY et al. (1979).

Unabhängig von der jeweiligen Stilldauer wünschte sich fast die Hälfte der Frauen aufgrund ihrer Stillerfahrungen, mehr Informationen über das Stillen gehabt zu haben. Daraus und aus den vorangegangenen Ergebnissen leitet sich die stillfördernde Maßnahme ab, daß es die Aufgabe des Gynäkologen werden sollte, während der Überwachung der Schwangerschaft möglichst frühzeitg über das Stillen zu sprechen. Dies erscheint umso notwendiger, weil der Arzt bisher, wie oben angeführt, nicht als Ansprechpartner für die stillwillige oder -unwillige Frau in Erscheinung getreten ist. Da aus den hier gewonnenen Daten an einer stark zugenommenen Stillfreudigkeit nicht mehr zu zweifeln ist, scheint es jetzt mehr darum zu gehen, die primär zum Stillen motivierte Frau durch sachliche Aufklärung auf die Vorteile besonders einer längeren Stillzeit aufmerksam zu machen. Damit wird der Frau die Möglichkeit gegeben, sich schon früh darauf einstellen und vorbereiten zu können.

Obwohl also davon auszugehen ist, daß nach Eintritt der Frau in die Entbindungsklinik an der Einstellung und der Entscheidung zum Stillen keine wesentliche Änderung zu erwarten ist, kommt ihr dennoch für den Stillerfolg eine große Bedeutung zu.

Wie z. B. von CHATEAU et al. (1977) und WIMMER-PUCHINGER et al. (1982) differenziert herausgearbeitet wurde, ist der frühe Hautkontakt von Mutter und Kind ein entscheidender Faktor für die Stilldauer, wobei eher der intensive Kontakt als das tatsächliche erste Anlegen zum Stillen im Vordergrund zu stehen scheint.

Der hier benutzte Fragebogen hatte zwar ein sehr spezielles Erkunden des ersten Mutter-Kind-Kontaktes nicht zum Inhalt, aber aus der Frage nach dem Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Entbindung ergab sich eindeutig, daß das Anlegen nach mehr als sechs Stunden einen signifikant negativen Einfluß auf die Stilldauer hat. Obwohl dieses Ergebnis keineswegs neu ist (vgl. CARLSSON et al. 1978), dürfte es

noch einige Zeit dauern, bis Ärzte und Pflegepersonal aller Geburtsabteilungen dafür Sorge tragen, daß jede Frau ihr Kind so früh wie möglich an die Brust legt.

Daß auch die Stillanleitungen, die den Frauen während ihres kurzen Klinikaufenthaltes gegeben werden, verbessert werden müßten, geht daraus hervor, daß 40 Prozent der untersuchten Frauen Stillprobleme angaben, die zu einem großen Teil auf einer falschen Stillpraxis beruhen.

Entgegen den Ergebnissen von ENTWISLE et al (1982), deren Studie keine Korrelation zwischen der Stillpraxis und dem Stillerfolg aufwies, aber erwartungsgemäß in Übereinstimmung mit u. a. der Untersuchung von CHATEAU et al. (1977), zeigte sich auch hier der signifikant negative Einfluß des regelmäßigen Stillens, aller Zufütterungspraktiken und des Wiegens des Kindes auf die Stilldauer.

Von Interesse ist weiterhin, daß sich kein statistisch relevanter Bezug zwischen wunden Brustwarzen durch das Stillen und der Stilldauer herstellen ließ: fast die Hälfte der erfolgreich stillenden Frauen hatte hier Probleme. Da in der Klinik wegen der Angst vor Rhagaden und Mastitiden eine meist übertriebene Brustwarzenhygiene betrieben wird, und in diesem Zusammenhang eine starre Limitation der Anlegezeiten ärztlich begründbar zu sein scheint, sollte darauf hingewiesen werden, daß sich jedes unnatürliche und reglementierende Eingreifen in den Stillvorgang als wenig stillfördernd herausstellt. Gemeint ist damit, daß sich kurzzeitige Probleme mit z. B. wunden Brustwarzen nicht immer vermeiden lassen werden und, wie sich zeigte, den Stillerfolg keinesfalls gefährden.

Aus diesen Ergebnissen läßt sich zusammenfassend schlußfolgern, daß im Krankenhaus Bedingungen geschaffen werden sollten, die den Frauen ein nach heutigen Erkenntnissen

sinnvolles Stillen erlauben. Zumindest sollten die Frauen mit richtigen Hinweisen für ihr häusliches Stillen entlassen werden, damit sie die bis dahin erlernten Stillverhaltensweisen zu relativieren in der Lage sind.

Als herausragendes Ergebnis muß die stillfördernde bzw. stillhemmende Bedeutung der Umwelteinflüsse angesehen werden. Obwohl die Frauen ihrer Umwelt d. h. vornehmlich dem Partner aber auch anderen Personen, fast durchweg eine positive Einstellung zu ihrem Stillen zuschrieben, steht ihre tatsächliche Stillpraxis dazu in einem unübersehbaren Gegensatz. Nur ein Drittel aller Frauen stillte auch vor fremden Menschen, und daß von diesen über 70 Prozent zu der Gruppe mit der längsten Stilldauer gehörten, dürfte kaum erstaunen. Die Stilldauer hängt danach also hochsignifikant davon ab, wie weit die Frau den Personenkreis auszuweiten vermag, den sie während des Stillaktes tolerieren kann.

Über die Gründe für das Ergebnis kann bislang nur spekuliert werden. Neben den von BENTOVIM (1976) dargelegten Faktoren der Scham und Angst der Frau in bezug auf ihre Brust und der gesellschaftlichen Ambivalenz der Brust als Sexualzone und Nahrungsquelle, dürften die damit unmittelbar auch verbundenen bewußt oder unbewußt ablehnenden, gehemmten oder gar neidvollen Gefühle Außenstehender gegenüber dem Stillen eine große Rolle spielen. Daß in unserer soziokulturellen Entwicklung die Ernährung des Säuglings mit der Mutterbrust dem Intimbereich zugeordnet worden ist, ist nunmehr zwar jahrhundertelange Tradition, aber es besteht keine Veranlassung, die vorhandenen Schamgefühle der meisten Frauen als naturgegeben anzusehen.

In den letzten Jahren konnte eine vermehrte Freizügigkeit im Umgang mit der nackten Brust beobachtet werden, die sich nach der mehr apersonellen Darstellung in den Medien nun für viele Frauen zu dem populär gewordenen Entblößen der Brust in Schwimmbädern, Parks und Stränden ausgeweitet hat.

Ob dieselbe Frau ihre Brust als Nahrungsquelle ihrem Säugling in der Öffentlichkeit anbietet und sich vorher bereits mit nackter Brust gezeigt hat, oder ob das eine mit dem andern überhaupt nicht in Verbindung steht, bleibt eine noch offene Frage. Es ist nachträglich zu bedauern, daß diese Untersuchung keine Frage vorsah, die gerade diese FKK-Gepflogenheiten thematisiert hätte.

Im Hinblick auf die hervorragende Bedeutung des Stillens von mehrmonatiger Dauer für Mutter, Kind und Gesellschaft erscheint es dringend erforderlich zu sein, den Frauen und Kindern dies auch unter den jetzigen Lebensbedingungen zu ermöglichen. Unsere Lebensbedingungen, die u. a. durch eine zunehmende Isolation gekennzeichnet sind, der in erhöhtem Maße gerade Mütter mit kleinen Kindern ausgesetzt sind, sollten nicht mit konservativen, restriktiven Vorstellungen dem Stillen entgegenstehen. Da sich die Trinkfrequenz des Säuglings beim idealen Stillen-nach-Bedarf nicht auf sechs Mahlzeiten festlegen läßt, sondern beträchtlich variieren und vornehmlich in den ersten Wochen nicht selten ein 15 bis 20-maliges Anlegen bedeuten kann, würde das Ausschließen fremder Personen während des Stillens zu gravierenden Einschränkungen der Mutter führen. Daraus würde resultieren, daß die Frau auf eine längere Stillzeit verzichten muß - wie sie es im Einklang mit dem erörterten Ergebnis auch getan hat, und wer könnte ihr das verübeln? Oder aber sie nimmt derartige Restriktionen auf sich, die sich in der Folge auf die Mutter-Kind-Beziehung nachteilig auswirken könnten.

Hier soll nun keinesfalls der Eindruck entstehen, als würde zu übertriebenen und exhibitionistischen Stillpraktiken aufgerufen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt würde das verständlicherweise nur den Widerstand gegen das Stillen herausfordern können. Das Stillverhalten soll und muß grundsätzlich dem persönlichen und häuslichen Bereich der Familie überlasen bleiben. Dennoch sei einmal darauf hingewiesen, daß unter den modernen Lebensumständen die Förderung der Toleranz gegenüber einem dezenten und nicht provozierenden

Stillen in der Öffentlichkeit eine sinnvolle Maßnahme sein könnte, die Stilldauer für viele Kinder zu verlängern. Eine sensible Aufklärung der gesamten Bevölkerung wäre dazu erforderlich.

Den Abschluß des allgemeinen Stillfragebogens bildeten die Fragen, in denen die Frauen nach ihrer Beurteilung der bequemeren Handhabung der Brust- im Vergleich zur Flaschenernährung und den Ursachen für ihr Abstillen gefragt wurden.

Wenn davon ausgegangen wird, daß die Muttermilchernährung wegen ihrer ständigen Verfügbarkeit mit einer optimalen Temperatur und Trinkmenge objektiv bequemer ist als die Flaschenernährung mit relativ aufwendigen Zubereitungsprozeduren, so verdient die Beantwortung der entsprechenden Frage eine besondere Bedeutung. Interessanterweise konnte sich kaum mehr als die Hälfte aller Frauen für das bequemere Stillen aussprechen, während der andere Teil die Flaschennahrung entweder als gleichartig oder gar bequemer erlebt haben muß.

Im hochsignifikanten Ergebnis wird dann auch offenkundig, daß fast 80 Prozent der erfolgreich stillenden Frauen ihre Stilltätigkeit bequemer und etwa jeweils 60 Prozent der anderen beiden Gruppen, deren Stillen mit einem Mißerfolg endete, die Flasche bequemer fanden.

Wie läßt sich nun erklären, daß beinahe die Hälfte der Frauen nach ihren ersten Erfahrungen das Stillen nicht als einzig einfache und bequeme Ernährungsform ihres Kindes ansehen kann? Der Aufwand, der mit der Sterilisation der Milchflasche, dem Kochen des Wassers, Einfüllen des Milchpulvers, Schütteln und Abkühlen verbunden ist, muß angesichts anderer Faktoren als wesentlich unkomplizierter angesehen werden als das Stillen, das keinerlei zusätzlicher Arbeit erfordert, sondern lediglich die ständige Präsenz der Mutter erforderlich macht.

Daß die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, die zu einer notwendigen Trennung von Mutter und Kind führt, keinerlei Einfluß auf die Stilldauer hat, wurde bereits von TÖNZ et al. (1980) und LYON et al. (1981) herausgestellt und fand auch hier wieder neue Bestätigung.

Damit liegen objektivierbare Faktoren für die Erörterung dieses Ergebnisses nicht vor. Wenn eine Frau, die davon überzeugt ist, daß die Flaschengabe die bequemere Fütterungsmethode darstellt, vermutlich auch bei einer primär positiven Stillabsicht und umfassender Aufklärung nicht ohne weiteres zu einer langen Stilldauer zu motivieren sein dürfte, so könnte genau hierin ein Ansatzpunkt für eine weitere Ursachenforschung des jetzigen, noch immer unbefriedigenden Stillverhaltens liegen. Da es bei der Erstellung der Fragebögen nicht abzusehen war, in welche Richtung die Beantwortung der einzelnen Fragen gehen würde, wurden weitere und differenzierende Fragen über die Gründe dieser Sichtweise nicht gestellt. Das erweist sich nun für die Diskussion als bedauerliches Defizit, denn die folgenden Überlegungen können nur als Denkanstöße mit eindeutig spekulativem Charakter angesehen werden.

In unmittelbarer Anlehnung an den oben angeführten Umwelteinfluß erscheint es daher erneut notwendig, auf die gesellschaftlichen Bedingungen hinzuweisen, auf deren Grundlage das jetzige Stillverhalten in bezug auf seine als angenehm oder unangenehm erlebte Durchführbarkeit zu diskutieren ist.

Mit dem Stillen ist einzig und allein der Umstand verbunden, daß die mehr oder weniger permanente Anwesenheit der Mutter beim Kind erforderlich ist - von der Möglichkeit des Abpumpens der Muttermilch einmal abgesehen. Aber gerade diese Voraussetzung stellt anscheinend das größte Hindernis für eine lange Stilldauer dar - und sicher nicht ganz grundlos, wie gezeigt werden soll.

Vergegenwärtigt man sich zunächst den Stillvorgang in bezug auf die Bedürfnisse und die Entwicklung des Säuglings,

so läßt er sich in zwei aufeinander folgende Phasen einteilen. Wird über das Stillen gesprochen, so wird häufig nur die zweite Phase, die des "etablierten" Stillens gemeint, die durch eine gewisse Regelmäßigkeit von durchschnittlich acht Mahlzeiten und eine meist zwischen zehn und dreißig Minuten dauernde Stillzeit gekennzeichnet ist. Wenn in den Stillvorgang durch einen festgelegten Anlegerhythmus nicht eingegriffen wird, tritt diese Phase meist nicht vor der sechsten Lebenswoche des Kindes ein, häufig erst nach der zwölften.

In der ersten Phase direkt nach der Geburt müssen sich Mutter und Kind erst langsam auf das gemeinsame Stillen einstellen. Der Säugling besitzt anfangs kaum einen Wach-Schlaf-Rhythmus, sondern dämmert in halbwachem Zustand dahin. Entsprechend wird er nach seinem Temperament mehr oder weniger häufig durch Schreien seine Bedürfnisse kundtun, die primär auf das Saugen an der Brust gerichtet sind. Dabei geht es nicht ausschließlich um die Nahrungsaufnahme, auch sein Bedürfnis nach Nähe zur Mutter wird hier befriedigt werden. Die Folge davon stellt ein häufiges, unregelmäßiges Anlegen über die gesamten 24 Stunden des Tages dar. Im Laufe der ersten Wochen, selten jedoch vor der sechsten, entwikkelt der Säugling seinen Tag-Nacht-Rhythmus, der mit auch am Tage längeren Schlaf- und Wachphasen verbunden ist, die nun eindeutig voneinander zu trennen sind. Damit und wahrscheinlich erst zu diesem Zeitpunkt ist das Stillen die objektiv bequemere Ernährungsform gegenüber der Flasche.

Nun sind die Frauen der 1. Gruppe und zum großen Teil auch die der 2. Gruppe so weit nicht gekommen und haben sich wahrscheinlich in den ersten Wochen entmutigen lassen.

Wie deutlich werden sollte, verlangen die ersten Wochen gerade beim Stillen-nach-Bedarf einen extrem großen Zeitaufwand und lassen eine längere Abwesenheit der Mutter von ihrem Kind, d. h. in den ersten Wochen auch von der häuslichen Umgebung, nicht ohne weiteres zu.

Aus Gesprächen - unabhängig von dieser Untersuchung - mit einer Anzahl junger Mütter, die das Stillen frühzeitig aufgaben, geht hervor, daß sie sich bei ausdrücklicher Stillabsicht den Anforderungen in dieser Zeit nicht gewachsen fühlten. Sie empfanden eine unerträgliche Abhängigkeit von ihrem Kind und sahen sich nicht in der Lage, die anderen Aufgaben, die sie zusätzlich noch zu erfüllen hatten - wie Haushalt, Einkaufen, Kochen, Kontakt zum Partner und zur Umwelt - zu bewältigen. Meist hatten sie zum Zeitpunkt des Abstillens keine Vorstellung davon, daß es später einfacher werden würde. Die Gabe der Milchflasche mußte zwangsläufig in diesen Fällen eine Erleichterung bringen. Denn durch die vorgeschriebene Nahrungsmenge mit dem obligatorischen 4-Stunden-Rhythmus und durch die Möglichkeit, daß jede x-beliebige Person die Flasche verabreichen kann, reduziert sich jede Ernährungproblematik scheinbar in hohem Maße.

In unserer Gesellschaft erfährt eine Frau in der Situation, in der sie sich nach einem kurzen Klinikaufenthalt zu Hause plötzlich als Mutter mit ihrem Säugling allein konfrontiert sieht, nur in seltenen Fällen eine adäquate Unterstützung. Kleinstfamilien, berufstätige Partner und Großmütter, gesellschaftliche Kinderfeindlichkeit und eine individuelle Anspruchshaltung können dafür verantwortlich gemacht werden. In Hinblick auf Ermunterungen mit weiteren Anleitungen zum Stillen müssen sich die Mütter generell allein gelassen fühlen, wenn sie nicht in Ausnahmefällen, z. B. von einer Freundin, die erfolgreich gestillt hat, Hilfe erhalten oder sie sich einer Still-Selbsthilfegruppe anschließen.

In früheren Kulturen existierte üblicherweise eine Hilfsperson, die "Douala", die nach der Entbindung für Mutter und Kind sorgte und die Frau in ihr neues Aufgabengebiet einschließlich der Einweisung in das Stillen einführte. Daß eine solche Hilfe in unserer Zeit fehlt, aber dringend zur Förderung eines erfolgreichen Stillens erforderlich wäre, belegen die Studien von ALBERS (1981) und RAPHAEL (1981).

Den derzeit besten Ersatz für die Tätigkeit der "Douala" bilden die zahlreichen Selbsthilfegruppen, in denen die Frauen neben allen fortschrittlichen Informationen über die Stillpraktiken auch gleichzeitig eine gewisse emotionale Zuwendung durch die Gespräche mit den anderen stillenden Müttern finden (SANDER 1983). Da die Teilnahme an den Gruppentreffen der freien Willensentscheidung der einzelnen Frau unterliegt, findet immer noch ein zu geringer Anteil der Frauen, die stillen wollen, dort Zugang.

Für die Ursachen, die zum Stillende vor der zwölften Woche nach der Entbindung führten, machten die Frauen der ersten beiden Gruppen unabhängig von ihrer individuell in Wochen differierenden Stilldauer die "ungenügende Milchproduktion" verantwortlich. Diese Angaben entsprechen exakt den Ergebnissen der Studien von WEST (1980), TÖNZ et al. (1980), YEUNG et al. (1981), GULICK (1982) und GARBE u. MARTIN (1983). Als weitere Hauptgründe für das Abstillen wurden "Trinkschwierigkeiten des Kindes" und "Entzündungen der Brustdrüsen oder -warzen" genannt. Aufgrund der heutigen Kenntnis über die Laktation läßt sich die klare Aussage treffen, daß es sich bei der subjektiven Angabe, nicht genug Milch für das Kind zu haben, sicher nicht um eine echte Hypogalaktie handelt. Vielmehr könnte eine fehlerhafte Technik des Stillens vorliegen, in deren Folge sich die Muttermilchmenge tatsächlich verringert.

Noch deutlicher wird es bei der Beantwortung der Frage, in der Trinkschwierigkeiten des Kindes zum frühzeitigen Stillende geführt haben sollen. Da die Säuglinge, deren Mütter in die Auswertung der Ergebnisse aufgenommen wurden, alle zumindest hinsichtlich der oralen Nahrungsaufnahme gesund waren, besteht keinerlei Veranlassung, hier objektive Ursachen anzuerkennen. Die Gründe lassen sich eher in einer mangelhaften Stillpraxis sehen, bei der z. B. durch Zufüttern und/oder feste Anlegezeiten der Säugling auf diese Weise gezwungen wird, unabhängig von seinen eigenen Bedürf-

nissen zu saugen - Trinkschwierigkeiten können so durchaus entstehen.

So muß in diesem Zusammenhang vermutet werden, daß die angekreuzten Antworten als Rationalisierungen, im Falle der Trinkschwierigkeiten gar als Projektion, zu verstehen sind, die über die realen Gründe einer kurzen Stillzeit keine befriedigende Auskunft geben können. Denn eine Frau, die nicht genug Milch produziert, kann natürlich nicht stillen! Und ein Kind, das nicht trinken kann, kann ebenfalls nicht gestillt werden! Dem steht nur das unzweifelhafte medizinische Wissen entgegen, daß jede Frau genug Milch hätte und jedes Kind an der Mutterbrust erfolgreich saugen könnte.

Daß die praktische Handhabung des Stillens allein nicht über eine erfolgreiche oder erfolglose Stilldauer entscheidet, haben die vorangehenden Ergebnisse bereits erkennen lassen. So läßt sich inhaltlich überleiten zum zweiten Abschnitt des Diskussionsteils, in dem es darum geht, die aus der Untersuchung gewonnenen Daten zu den Persönlichkeitsmerkmalen der Frauen in bezug auf den Stillerfolg bzw. die Stilldauer zu erörtern.

7.2. Persönlichkeitsmerkmale und Stillverhalten

Die statistisch signifikanten Ergebnisse des Gießen-Tests lassen in einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen deutliche Unterschiede zwischen den drei nach der Stilldauer definierten Gruppen erkennen.

Wie der Normwertvergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit dem Test zeigte, liegen aber die Ergebnisse des gesamten Kollektivs innerhalb des dem Test zugrundeliegenden Normbereichs. Deshalb soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß sich die Frauen dieser Studie grundsätzlich in ihrem psychischen Verhalten nicht von der übrigen Bevölkerung unterscheiden. Nur durch die Gruppenbildung

war es statistisch möglich, Häufigkeiten von bestimmten Eigenschaften innerhalb einer Gruppe zu ermitteln. Ein auffälliges Verhalten im strengen Sinne von "pathologisch" oder "neurotisch" läßt sich keiner der Gruppen zuordnen. Diese Feststellung scheint deshalb angezeigt, weil das Stillen häufig genug hinterfragt wird und die Vorurteile die ganze Wertskala menschlichen Verhaltens beinhalten, angefangen bei der nicht stillenden Frau, die als "Rabenmutter" hingestellt wird, bis zur stillenden Frau, die "besitzergreifend", "exhibitionistisch", "feministisch" oder "reaktionär" sei.

Obwohl in dieser Arbeit immer ein eindeutiger Standpunkt für eine lange Stilldauer eingenommen wird, bedeutet dies keine Bewertung für die persönlichen Beweggründe der einzelnen Frau für oder gegen das Stillen. Die Erkundung von Charaktermerkmalen dient ausschließlich dem Verstehen einer Verhaltensweise, aus dem heraus sich vielleicht die Förderung eines als sinnvoll anzusehenden Prozesses - das lange Stillen - entwickeln ließe.

7.2.1. Erste Stillgruppe

Diese Gruppe, die bis vier Wochen gestillt hat, besitzt gegenüber der 2. Stillgruppe dominantere Charakterzüge, d. h. sie ist aggressiver, eigensinniger und impulsiver. Im vergleich zur 3. Gruppe stellt sie sich dagegen gefügiger dar, d. h. eher anpassungswillig und aggressionsunfähig.

Von allen Gruppen weist sie die geringste "Durchlässigkeit" auf, was etwa bedeutet, daß sie sich im Kontakterleben und -verhalten weniger offen und aufgeschlossen zeigen kann.

Es finden sich vermehrt Anteile, den engen Anschluß an andere Menschen zu meiden und in noch ausgeprägterer Form, sich nur sehr schwer an einen anderen eng binden zu können. Das Sorgen um andere ist geringer als in den beiden anderen Gruppen.

Weiterhin zeigt sich die Gruppe als überordentlich, sie gerät seltener in Auseinandersetzungen mit andern und kann ihre Interessen im Leben aber eher besonders gut durchsetzen.

Bei diesen Frauen ist hervorzuheben, daß sie im Kontakt zu anderen Menschen größere Schwierigkeiten zu haben scheinen, sich auf diese Objektbeziehungen näher einzulassen und sich an sie zu binden. Diese geringere Bindungsfähigkeit könnte erklären, daß sie sich möglicherweise auch gegenüber ihrem Kind emotional zurückhaltender verhalten und daher dem Stillen keine wesentliche Bedeutung in bezug auf eine innigere Beziehung beimessen. Sie haben höchstens bis zu vier Wochen gestillt, was vermuten läßt, daß sie sich - wie auch in ihrem sonstigen Erleben - auf die Stillerfahrungen nicht eingelassen haben. Da sich jedoch deutliche Hinweise auf eine eher durchsetzungsfähige Persönlichkeit ergeben haben, ist anzunehmen, daß das frühe Beenden des Stillens den Vorstellungen dieser Frauen - trotz gegenteiliger Angaben über die Abstillursachen - weitgehend entspricht und sie dadurch in keine Konflikte geraten.

7.2.2. Zweite Stillgruppe

Diese Gruppe, die bis zwölf Wochen gestillt hat, zeigt im Vergleich zur 1. und 3. Gruppe geringere dominante und gegenüber der 3. signifikant gefügigere Persönlichkeitszüge. Ihre Unfähigkeit zur Aggression, die Unterordnungs- und Anpassungsbereitschaft ist entsprechend im Ganzen stärker ausgeprägt als in den beiden Vergleichsgruppen.

Im Kontaktverhalten besteht eine größere Durchlässigkeit als in der 1. Gruppe.

Das Vermeiden von engem Anschluß an andere Menschen und das gehäufte Auftreten des Merkmals, sich um andere besonders selten Sorgen zu machen, findet sich hier ebenso wie in

der 1. Gruppe. Dagegen besteht wie in der 3. Gruppe eher die besonders große Fähigkeit, sich an einen anderen Menschen binden zu können.

Weiterhin haben diese Frauen besonders viel Vertrauen zu anderen, geben aber gleichzeitig extrem wenig von sich preis. Sie können sich im Leben besonders schlecht durchsetzen und geraten besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen.

Sie können besser als die Vergleichsgruppen mit Geld umgehen, sind überordentlich und können extrem leicht bei einer Sache bleiben.

Die Frauen der 2. Stillgruppe haben bis maximal zwölf Wochen gestillt und damit die "Vier-Wochen-Hürde" genommen, d. h. sie haben ihr Bemühen um das Stillen sozusagen quantitativ durch die Stilldauer zum Ausdruck gebracht. Wie sie angaben, hätten sie gerne noch länger gestillt, aber wegen der "Hypogalaktie" oder anderen Rationalisierungen waren sie zum Abstillen gezwungen.

Unterstellt man ihnen also eine sehr positive Stillabsicht, woran anhand der vorangehenden Ergebnisse und auch der soeben dargestellten Persönlichkeitsmerkmale nicht zu zweifeln ist, so liegt hier möglicherweise eine "Konfliktgruppe" vor, die nach einem Stillversuch frühzeitig gescheitert ist.

Diese Frauen zeigen auf den ersten Blick ein weniger einheitliches Bild in ihren Charakterzügen. Sie erscheinen vornehmlich ängstlicher und unsicherer als die Frauen der Vergleichsgruppen und weniger willensstark und durchsetzungsfähig, gleichzeitig aber gegenüber der 1. Gruppe offener und bereiter, eine Bindung einzugehen.

Die Ergebnisse in der Einzelitemanalyse weisen jedoch an drei Stellen, dem Umgang mit Geld, der Überordentlichkeit und der Ausdauer, deutlich darauf hin, daß diese Frauen ein eher überkontrolliertes Verhalten zeigen, d. h. sie haben im Vergleich zu den Frauen der anderen beiden Gruppen vermehrt

zwanghafte Persönlichkeitszüge. Damit ließe sich dann auch das oben skizzierte Bild abrunden, da Zwanghaftigkeit mit mangelnder Ich-Stärke verbunden ist, in deren Folge die Ängstlichkeit und Unsicherheit durch kontrollierende Verhaltensweisen kompensiert werden soll.

Daß zwanghaftes Verhalten dem Stillen hinderlich sein könnte, muß näher interpretiert werden. Man könnte sich doch ebenso vorstellen, daß die Ausdauer und das Festhalten an dem gefaßten Entschluß - durchaus positive Teile von Zwanghaftigkeit - die Stilldauer verlängern.

Geht man jedoch davon aus, daß das moderne Stillen noch immer eine junge, eher alternative Strömung ist, und unterstellt man, daß Entbindungskliniken, Personal, Partner und Gesellschaft doch eher stillfeindlich eingestellt sind, so hat es eine Frau mit wenn auch nur geringen zwanghaften Anteilen ihrer Persönlichkeitsstruktur wesentlich schwerer, erfolgreich zu stillen. Eher unsicher wird sie von verschiedenen Seiten mit unterschiedlichen Stillpraktiken konfrontiert; so wird sie in ihrem überwertigen Sicherheitsbedürfnis letztlich die Vier-Stunden-Rhythmik der künstlichen Ernährung für sich und ihr Kind angemessener finden. Gerade das zu fordernde Stillen-nach-Bedarf wird für eine zwanghafte Frau eine hohe Anforderung darstellen, da sie nichts kontrollieren kann und eher die Tendenz aufweisen wird, ihr Baby nicht zu sehr zu "verwöhnen".

Eine Frau mit zwanghaften Anteilen wird also ihre positive Stillabsicht zwar möglichst lange aufrechterhalten, bei Stillproblemen oder Ablehnung der Umwelt wird sie jedoch eher zugunsten der "Sicherheit" für das Kind auf künstliche Babynahrung umsteigen.

7.2.3. Dritte Stillgruppe

Diese Gruppe, die länger als zwölf Wochen gestillt hat, stellt sich gegenüber den Vergleichsgruppen als ausgeprägt

dominant dar. Dazu passen auch die weiteren signifikant gehäuften Eigenschaften, sich im Leben besonders gut durchsetzen zu können und besonders oft in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen zu geraten.

Im Kontakterleben zeigen diese Frauen eine größere Aufgeschlossenheit, Offenheit und Vertrauensseligkeit. Sie suchen den engen Anschluß an andere und geben auch extrem viel von sich preis. Gegenüber den beiden anderen Gruppen ist das Merkmal, sich besonders oft große Sorgen um andere zu machen, hier eindeutig am stärksten vertreten. Schließlich sind diese Frauen besonders unordentlich.

Die Frauen, die länger als drei Monate gestillt haben, scheinen danach die für eine erfolgreiche Stilldauer wesentlichen Persönlichkeitsmerkmale in sich zu vereinigen, nämlich die Fähigkeit, sich durchzusetzen, also eigenwillig zu sein und zu dominieren, und die Möglichkeit, ihre Objektkontakte in Offenheit und Nähe zu erleben. Beides scheint auch gleichermaßen für das Stillverhalten von entscheidender Bedeutung zu sein. Denn die allgemeine Bindungsbereitschaft der Frau wird auch in ihrer neuen Beziehung zum Kind ihre ursprüngliche Stillabsicht noch intensivieren, und ihre ausgeprägt dominanten Eigenschaften werden es ihr ermöglichen, über alle Stillprobleme hinwegzukommen.

Das größere Selbstbewußtsein dieser Gruppe dürfte auch im ursächlichen Zusammenhang zu ihrem signifikant höheren Alter und der signifikant höheren Bildung stehen, da diese beiden sozialen Parameter normalerweise die Sicherheit im gesellschaftlichen Umgang begünstigen.

Die Neigung dieser Gruppe zur Unordentlichkeit und ihre signifikant stillfördernde Wirkung macht deutlich, wie wichtig eine gewisse Lockerheit oder ein Locker-Lassen für die Erfahrungen - vielleicht nur für die ersten Wochen nach der Entbindung - mit dem Stillen ist.

Zusammenfassend läßt sich so über die erfolgreich stillenden Frauen sagen, daß sie selbstbewußter und besonders

bindungsfähiger sind. Da sie weniger angepaßt sind als die Frauen der anderen beiden Gruppen, können sie ihre positive Stillabsicht auch in einer längeren Stilldauer realisieren und lassen sich durch Stillprobleme oder gesellschaftlichen Druck nicht verunsichern und von ihrem Vorhaben abbringen.

7.2.4. Zusammenfassende Betrachtung der gruppenspezifischen Persönlichkeitsmerkmale

Aus den oben dargestellten Persönlichkeitsfaktoren läßt sich das heutige Stillverhalten erstgebärender Frauen besser verstehen und Möglichkeiten entwickeln, mit deren Hilfe es gelingen könnte, das Stillverhalten unter dem Aspekt einer erfolgreichen Stilldauer zu fördern.

Aus dem Vergleich der drei Stillgruppen ergibt sich, daß hauptsächlich die zweite Gruppe nach ihrer Selbstdarstellung Ansätze dafür liefert, daß es bei ihnen durch gezielte Maßnahmen sinnvoll sein könnte, auf ihre Schwierigkeiten im Stillen fördernd einzugreifen, da sie von sich aus bereits eine große Motivation mitbringen. Die erste Gruppe zeigt dem Stillen gegenüber eher eine desinteressierte Haltung und wird diese nur schwer aufgeben. Was jedoch nicht bedeuten soll, daß nicht eine gründliche Aufklärung über alle Vorteile der Muttermilch und ausgezeichnete Stillanleitungen auch bei diesen Frauen die Stilldauer verlängern würde. Trotzdem bleibt dies mehr in einem allgemeinen Rahmen, während sich die Frauen der 2. Gruppe gerade durch ihre Unsicherheit im Persönlichkeitsbereich in fast idealer Weise dafür eignen, durch ein spezielles Eingehen auf ihre Struktur die Stilldauer und das gesamte Stillverhalten positiv zu beeinflussen.

Wie gezeigt werden konnte, erweisen sich vornehmlich Selbstunsicherheit und damit einhergehende zwanghafte Charakterzüge als größtes Stillhindernis und gefährden den

Stillerfolg in signifikantem Maße. Daraus läßt sich ableiten, daß sich jede Art von Motivierung zum Stillen an diesen spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen orientieren sollte. Jede Maßnahme, die der Förderung des erfolgreichen Stillens dient, sollte der mangelnden Ich-Stärke und einem überwertigen Sicherheitsbedürfnis Rechnung tragen und deshalb darauf hinwirken, diesen Frauen die Möglichkeit zu bieten, von ihrem überkontrollierten Verhalten Abstand zu nehmen. Unter dieser Hilfestellung könnte es ihnen dann leichter gelingen, daß ihr mehr oder weniger stark ausgeprägtes Kontrollbedürfnis in den Hintergrund tritt, und sie damit ohne große Probleme zum Stillerfolg gelangen.

Stillinformationen und -anleitungen, die darauf Bezug nehmen, müssen aber erst differenziert erstellt werden, was sich zwar nicht als ganz einfach, aber dafür umso lohnender erweisen dürfte. Es wäre zu hoffen, daß sich in absehbarer Zukunft eine weitere wissenschaftliche Arbeit dieser Problemstellung annehmen würde.

Es ist eigentlich überflüssig, darauf hinzuweisen, daß jede Art von Werbung für künstliche Babynahrung der Verunsicherung in die Fähigkeit zu stillen dient. Es mag jeder im Bereich der Geburtshilfe Tätige selbst entscheiden, ob er an der Verbreitung eines derart stillverhindernden Materials, in Form des Tolerierens in Wartezimmern u. ä., auch weiterhin mitwirkt. Ob die gängige Abgabe von Probepackungen der Industriemilch, wie sie die Frauen nach ihrer Entbindung vom Klinikpersonal erhalten, wirklich als "Geschenk" zu bezeichnen ist, gehört als Frage wohl nur noch in den Bereich der Rhetorik!

7.3. Schlußbetrachtung

Das Stillverhalten der hier untersuchten Frauen läßt nachweislich erkennen, daß es vom psychosozialen Hintergrund

der einzelnen Frau geprägt ist und ihm entsprechend multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen. Das Stillversagen, der Stillversuch und der Stillerfolg beruhen auf einer Reihe von Wechselwirkungen, die sich primär zusammensetzen aus der Persönlichkeitsstruktur der Frau und der unmittelbar damit verbundenen bewußten oder unbewußten Intensität des Stillwunsches, der allgemeinen Stilltechnik und des Umwelteinflusses mit seiner annehmenden oder ablehnenden Haltung zum Stillen.

Auf die Bedeutung der Umwelt für die Stilldauer konnte nur indirekt geschlossen werden, und es wäre zu wünschen, wenn das gesellschaftliche Umfeld der stillenden oder nicht stillenden Frau in weiteren Studien eingehendere Beachtung finden würde, da sich daraus gezieltere Maßnahmen zur Förderung der Stillzeit ergäben.

Die hier gefundenen psychosozialen Parameter von Alter und Bildung über die Stillgewohnheiten bis zu den Charakterzügen der Durchsetzungsfähigkeit oder Zwanghaftigkeit stellen gewiß nur eine Auswahl an möglichen Faktoren dar, die für das Stillverhalten eine Rolle spielen. Weitere Studien werden zur genaueren Analyse dieser Verhaltensweise notwendig sein.

Ungeachtet der noch zu leistenden wissenschaftlichen Arbeiten kann jedoch schon formuliert werden, daß dem Stillen ganz offensichtlich noch immer innerhalb der Medizin zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es kann nur betont werden, daß die Förderung eines erfolgreichen Stillens in den Aufgabenbereich des Arztes gehört, da sie als die vielleicht wichtigste präventivmedizinische Maßnahme überhaupt in unserem Gesundheitswesen anzusehen ist.

Wie die Studie ergeben hat, besteht eine generell positive Stillabsicht bei allen Schwangeren, aber weit weniger als die Hälfte der Frauen gelangte zu einer erfolgreichen Stilldauer, anscheinend sogar ohne medizinische Hilfe und nur kraft ihrer Willensstärke. Unter den restlichen Frauen

wird es sicher Frauen geben, die sich trotz bester Aufklärung dennoch gegen das Stillen aussprechen - das ist unvermeidbar. Ein vermeidbarer medizinischer Fehler ist es aber, Frauen mit ihrer positiven Haltung zum Stillen durch mangelhafte oder fehlende Unterstützung - sei es auch nur durch eine gleichgültige Einstellung - am Stillerfolg zu hindern.

8. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden prospektiven Untersuchung war es, mehr über die Gründe zu erfahren, die es vielen Frauen oft so schwer machen, lange und erfolgreich zu stillen. Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für ihr Stillverhalten stand dabei im Vordergrund.

Im Zeitraum von Mai 1982 bis Januar 1983 wurden im Berliner Universitätsklinikum Steglitz 159 erstgebärende Frauen im Alter von 16 bis 39 Jahren zu ihrer Stillabsicht und -erfahrung befragt. Vier Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin wurden ihnen beim Aufsuchen der Schwangerenberatung im Rahmen der routinemäßigen Vorsorge drei Fragebogen vorgelegt, die sie unter Standardbedingungen ausfüllten:

1. Fragebogen zu Sozialdaten, Kinderwunsch, Stillabsicht u. a.
2. Gießen-Test, ein auf psychoanalytischer Grundlage erarbeiteter Fragebogen, der ein differenziertes Bild der Persönlichkeitsstruktur entwirft.
3. "S-S-G"-Fragebogen, ein speziell für die Geburtshilfe entwickelter Fragebogen, der Einstellungen zu den Themenbereichen Schwangerschaft, Stillen, Sexualität, Kind und Geburt mißt.

Drei Monate nach der Entbindung wurde allen Frauen ein weiterer Fragebogen zu Stillerfolg, -technik, und -erleben zugeschickt. Bei einer Rücklaufquote von 90 Prozent konnten die Fragebogen von 143 Frauen statistisch ausgewertet werden; für die Stilldauer ergab sich das folgende Ergebnis:

1. Gruppe: Stilldauer bis 4 Wochen	43	(30 %)
2. Gruppe: Stilldauer bis 12 Wochen	43	(30 %)
3. Gruppe: Stilldauer länger als 12 Wochen	57	(40 %)

Von 100 Prozent aller Frauen, die vor ihrer Entbindung angaben, stillen zu wollen, stillten alle mit einer Ausnahme

während des stationären Wochenbettaufenthalts, so daß die Stillfrequenz fast 100 Prozent beträgt.

Es ließ sich in dieser Untersuchung zeigen, daß das Stillverhalten von drei Seiten beeinflußt wird:

1. von psychosozialen Faktoren der Frau (Alter, Bildung, Persönlichkeitsmerkmale u. a.)
2. von der praktischen Durchführung des Stillens (1. Anlegen des Kindes, Stilltechnik u. a.)
3. von der Umwelt (Akzeptanz und Unterstützung der jungen Mutter).

Es ist zu vermuten, daß im Vordergrund eines Stillmißerfolgs die Persönlichkeitsstruktur der Mutter steht; insbesondere ist es die Ängstlichkeit und Unsicherheit der Frau, die einen negativen Einfluß auf das Stillverhalten ausübt. Die erfolgreich stillenden Frauen imponieren gegenüber den anderen vor allem durch ein größeres Selbstbewußtsein und eine stärkere Bindungsbereitschaft.

Da 100 Prozent der Frauen ihr Kind stillen wollten, kann von einer allgemeinen Stillunwilligkeit nicht mehr gesprochen werden. Vielmehr kann man davon ausgehen, daß es die Schwierigkeiten mit dem Stillen selbst sind, die die Frauen vom Stillen abhalten.

Unter Einbeziehung der Ergebnisse dieser Studie sollten gezielte Maßnahmen erarbeitet werden, mit deren Hilfe es Gynäkologen und Klinikpersonal besser gelingen könnte, den Frauen eine erfolgreiche Stilldauer zu ermöglichen.

9. Literaturverzeichnis

Albers, R. M.: Emotional support for the breast-feeding mother. Issues Compr. Pediatr. Nurs. 5 (2), 109-124 (1981).

American Academy of Pediatrics. Nutrition Commitee of the Canadian Paediatric Society and the Committee on Nutriation of the American Academy of Pediatrics. Breastfedding. A commentary in celebration of the international year of the child, 1979. Pediatrics 62 (4), 591-601 (1978).

Annales Nestle. Das Stillen. Heft 45 (1978). Anschrift der Redaktion: Postf. 353, 1800 Vevey (Schweiz).

Beckmann, D., Richter, H.-E.: Gießen-Test, Handbuch. Huber, Bern (1972).

Bentovim, A.: Shame and other anxieties associated with breast-feeding: a systems theory and psychodynamic approach. Ciba Found. Symp. (45), 159-178 (1976).

Berg-Cross, L., Berg-Cross, G., McGeehan, D.: Experience and personality differences among breast- and bottle-feeding mothers. Psychology of Woman Quarterly 3 (4), 344-356 (1979).

Biermann, G., Biermann, R.: Psychohygiene in der Geburtshilfe. Rooming-in und Stillen. Fortschr. Med. 95 (33), 2021-2027 (1977).

Booth, G.: The biological roots of the generation gap. Psychiatria Fennica, 111-118 (1974).

Bose, C. L., D'Ercole, A. J., Lester, A. G., Hunter, R. S., Barrett, J. R.: Relactation by mothers of sick and premature infants. Pediatrics 67 (4), 565-569 (1981).

Bowlby, J.: Bindung. Kindler, München (1975).

Bowlby, J.: Trennung. Kindler, München (1976).

Bramble, D. E.: Psychosocial correlates of infant feeding practices. Diss. Abstr. Int. 39 (9-B), 4277-4278 (1977).

Bullough, V. L.: Technology and female sexualtiy and physiology: Some implications. Journal of Sex Research 16 (1), 59-71 (1980).

Carlsson, S. G., Fagerberg, H., Hornemann, G., Hwang, C.-Ph., Larsson, K., Rödholm, M., Schaller, J., Danielsson, B., Gundewall, C.: Effects of amount of contact between mother and child on the mother's nursing behavior. Developmental Psychobiology 11 (2), 143-150 (1978).

Carlsson, S. G., Fagerberg, H., Hornemann, G., Hwang, C.-Ph., Larsson, K., Rödholm, M., Schaller, J., Danielsson, B., Gundewall, C.: Effects of various amounts of contact between mother and child on the mother's nursing behavior: A follow-up study. Infant Behavior and Development 2 (3), 209-214 (1979).

Chamberlain, R. E.: Some personality differences between breast and bottle feeding mothers. Birth and Family Journal 3 (1), 31-34 (1976).

Chateau, P. de, Holmberg, H., Jakobsson, K. Winberg, J.: A study of factors promoting and inhibiting lactation. Develop. Med. Child Neurol. 19 (5), 575-584 (1977).

Chateau, P. de: The first hour after delivery - its impact on synchrony of the parent-infant relationship. Paediatrician 9 (3-4), 151-168 (1980).

Chin, K. C., Galea, P., Goel, K. M.: Changing pattern in infant feeding practices. Health Bull. 39 (1), 51-57 (1981).

Cohen, S. A.: Motor skills health teaching and breastfeeding behavior in primiparous women. Diss. Abstr. Int. 40 (11-A), 5785 (1980).

Cunningham, A. S.: Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. J. Pediat. 90 (5), 725 (1977).

Devi, P. S., Behera, P. L.: A study of breast feeding practices in South Orissa. Indian Pediatrics 17 (9), 753-756 (1980).

Drewett, R. F., Bowen-Jones, A., Dogterom, J.: Oxytocin levels during breast-feeding in established lactation. Hormones and Behavior 16 (2), 245-248 (1982).

Drewett, R. F.: Returning to the suckled breast: A further test of Hall's hypothesis. Early Human Development 6 (2), 161-163 (1982).

Drewett, R. F., Woolridge, M.: Milk taken by human babies from the first and second breast. Physiology and Behavior 26 (2), 327-329 (1982).

Easson, W. M.: The earliest ego development, primitive memory traces, and the Isakower phenomen. Psychoanalytic Quarterly 42 (1), 60-72 (1973).

Ellies, W.: Zur Frage des Stillens heutzutage. Eine prospektive Studie mit 212 deutschsprachigen Müttern mittels Befragung in Schwangerschaft und Wochenbett und Feststellung des tatsächlichen Stillerfolgs. Med. Diss., Münster (1977).

Ellis, D. J.: Breastfeeding: Cultivating conductive attitudes. Ca. J. Public Health 72 (5), 319-322 (1981).

Entwisle, D. R., Doering, S. G., Reilly, Th. W.: Sociopsychological determinants of women's breastfeeding behavior: A replication and extension. Am. J. Orthopsychiat. 52 (2), 244-260 (1982).

Erikson, E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart (1979).

Ferris, A. G.: The effect of feeding pattern on weight gain and fat deposition in early infancy. Diss. Abstr. Int. 39 (3-B), 1214-1215 (1978).

Fleischer, B. E.: The relationship of field independence, social influence, and motivation to duration of breastfeeding. Diss. Abstr. Int. 40 (5-B), 2360-2361 (1979).

Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Werke, Bd. V, S. 27-145, Fischer, Frankfurt/M. (1961).

Garbe, U., Martin, K.: Stillen in der Klinik und nach der Entlassung. Fortschr. Med. 101 (46), 2133-2136 (1983).

Giles, P. F.: The postnatal visit. Aust. Fam. Physician 11 (2), 102-105 (1982).

Golub, S.: The decision to breast-feed: Personality and experimental influences. Psychology 15 (2), 17-27 (1978).

Greiner, T. Latham, M. C.: The influence of infant food advertising on infant feeding practices in St. Vincent. Int. J. Health Serv. 12 (1), 53-75 (1982).

Grüttner, R., Leiber, D. U.: Vorzüge der Ernährung mit Muttermilch. Monatsschr. Kinderheilkd. 124 (1), 25-31 (1976).

Gulick, E. E.: The relationship between expectant mother's sex role orientation, nurturance, maternal attitudes, information on breastfeeding and sucess in breast-feeding. Diss. Abstr. Int. 42 (2-B), 567 (1981).

Gulick, E. E.: Informational correlates of successful breastfeeding. Am. J. of Maternal Child Nursing 7 (6), 370-375 (1982).

Hanson, L. A.: Zur immunologischen Bedeutung der Frauenmilch. Pädiatr. Fortbildk. Praxis 37, 1-7 (1973).

Harlow, H. F.: The affectional system. In: A. M. Schrier, H. F. Harlow und F. Stollnitz: Behavior of nonhuman primates. Academic Press, New York und London (1965).

Hart, H. Bax, M., Jenkins, S.: Community influences on breast feeding. Child Care, Health and Development 6 (3), 175-187 (1980).

Hassenstein, B., Hassenstein, H.: Was Kindern zusteht. Piper, München (1978).

Hatcher, S. L.: The psychological experience of nursing mothers upon learning of a toxic substance in their breast milk. Psychiatry 45 (2), 172-181 (1982).

Heath, H. E.: Determinants of parenting behavior: The effects of support and information on the breast feeding experience. Diss. Abstr. Int. 37 (10-B), 5323-5324 (1977).

Hellbrügge, Th.: Alte und neue Aufgaben der Sozialpädiatrie. Fortschr. Med. 98 (25), 953-954, 985-986 (1980).

Hormann, E.: Breast feeding the adopted baby. Birth and the Family Journal 4 (4), 165-173 (1977).

Houston, M. J., Howie, P. W., McNeilly, A. S.: Do breast feeding mothers get the home support they need? Health Bull. 39 (3), 166-172 (1981).

Hughes, R. N., Hawkins, A. B.: EPI and IPAT Anxiety Scale Performance in young women as related to breast feeding during infancy. J. Clin. Psychol. 31 (4), 663-665 (1975).

Hughes, R. N., Bushnell, J. A.: Further relationship between IPAT Anxiety Scale Performance and infantile feeding experience. J. Clin. Psychol. 33 (3), 698-700 (1977).

Isenalumhe, A. E.: A study of the relationship between breast-feeding and reliance on four specific sources or information on infant feeding practices. Diss. Abstr. Int. 40 (5-B), 2128-2129 (1979).

Jelliffe, D. B., Jelliffe, E. P.: Current concepts in nutrition: "Breast in best": Modern meanings. New Engl. J. Med. 297 (17), 912-917 (1977).

Jenkins, G. H.: Milk-drinking mothers with colicky babies (letter). Lancet 2 (8240), 261 (1981).

Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., Cox, J. L.: Mood changes in the first three weeks after childbirth. Journal of Affective Disorders 3 (4), 317-326 (1981).

Kenny, J. A.: Sexuality of pregnant and breastfeeding women. Archives of Sexual Behavior 2 (3), 215-229 (1973).

Kirkpatrick, M., Smith, C., Roy, R.: Lesbian mothers and their children: a comperative survey. Am. J. Orthopsychiat. 51 (3), 545-551 (1981).

Klaus, M. H., Kennell, J. H.: Mutter-Kind-Bindung. Kösel, München (1983).

Kleinman, R., Jacobson, L., Hormann, E., Walker, W. A.: Protein values of milk samples from mothers without biologic pragnancies. J. Pediatr. 97 (4), 612-615 (1980).

Krantz, J. Z., Kupper, N. S.: Cross-nursing: wet-nursing in a contemporary context. Pediatrics 67 (5), 715-717 (1981).

Kuzemko, J. A.: Natural history of childhood asthma. J. Pediatr. 97 (6), 886-892 (1980).

Lerner, H. E.: Effects of the nursing mother-infant dyad on the family. Am. J. Orthopsychiatry 49 (2), 339-348 (1979).

Lillig, K. K., Lackey, C. J.: Economic and social factors influencing women's infant feeding decisions in a rural Mexican community. J. Trop. Pediatr. 28 (5), 240-247 (1982).

Lothrop, H.: Das Stillbuch. Kösel, München (1980).

Lukesch, H., Lukesch, M.: S-S-G. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Handanweisungen. Hogrefe, Göttingen/Zürich (1976).

Lyon, M. L., Gill, Ch., White, D. G., Woollett, A.: Current maternal attitudes to infant feeding methods. Child Care, Health and Development 7 (3), 145-151 (1981).

Mackey, S., Fried, P. A.: Infant breast and bottle feeding practices: some related factors and attitudes. Can. J. Public Health 72 (5), 312-318 (1981).

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A.: Die psychische Geburt des Menschen, Fischer, Frankfurt (1978).

Mazen, R., Leventhal, H.: The influence of communicator-recipient similarity upon the belief and behavior of pregnant women. Journal of Experimental Social Psychology 8 (4), 289-302 (1972).

McCabe, S. M.: The effect of infant behavior, infant sex and prenatal education on maternal satisfaction with breast feeding. Diss. Abstr. Int. 40 (6-B), 2610 (1979).

Meldrum, B.: Psychological factors in breast feeding versus bottle feeding in the Third World. Bulletin of The British Psychological Society 35, 229-231 (1982).

Menkes, J. H., Welcher, D. W., Levi, H. S., Dallas, J., Gretsky, N.: Relationship of elevated blood level tyrosine to the ultimate intellectual performance of premature infants. J. Pediat. 49, 218 (1972).

Mercer, J. Russ, R.: Variables affecting time between childbirth and the establisment of lactation. Journal of General Psychology 102 (1), 155-156 (1980).

Mitchell, I.: Stillen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1980).

Müller, H.-G.: Wie stillfreundlich sind unsere Geburtskliniken? Ergebnisse einer Umfrage an 641 Kliniken der Bundesrepublik Deutschland. Z. Geburtsh. Perinat. 184 (1), 76-82 (1980).

Newton, N.: Psychologic differences between breast and bottle feeding. Am. J. Clin. Nut. 24, 993-1004 (1971).

Newton, N.: Battle between breast and bottle. Psychology Today 6 (2), 68-70, 88-89 (1972).

Newton, N. Newton, M.: Relationship of ability to breast feed and maternal attitudes toward breast feeding. In: C. D. Mortensen and K. K. Sereno (Eds.), Advances in communication research, New York, N. Y.: Harper and Row (1973).

Owie, I.: Influence of educational attainment on Negerian mothers' preference for the breast or artificial feeding for infants. Public Health Rep. 95 (6), 562-563 (1980).

Palma, P. A., Adcock, E. W.: Human milk and breast-feeding. Am. Fam. Physician 24, 173-181 (1981).

Paterson, R.: Mothers and babies are only human. Aust. Fam. Physician 10 (11), 873-874 (1981).

Raphael, D.: The midwife as douala: a guide to mothering the mother. J. Nurse-Midwifery 26 (6), 13-15 (1981).

Richards, M. P., Bernal, J. F.: An observational study of mother-infant interaction. In: N. B. Jones (Ed.), Ethnological studies of child behaviour, Cambridge, Cambridge U. Press: England (1972).

Riemann, F.: Grundformen der Angst: eine tiefenpsychologische Studie. Reinhard, München (1978).

Riordian, J., Countryman, B. A.: Basics of breastfeeding. Part V. Self-care for continued breastfeeding. Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologist 9 (6), 357-361 (1981).

Rodgers, B.: Feeding in infancy and later ability and attainment: A longitudinal study. Develop. Med. Child Neurol. 20 (4), 421-426 (1978).

Saling, M.: The significance of lateral compatibility for the early mother-infant relationship. South African Journal of Psychology 8, 35-42 (1978).

Sander, G.: Selbsthilfe in der Stillgruppe und durch die Stillgruppe. Befragung zur Effektivität von Still-Selbsthilfegruppen. Selbstverlag der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen, Köln (1983).

Sarlin, C. N.: The role of breast-feeding in psychosexual development of the genital phase. J. Am. Psychoanal. Assoc. 29 (3), 631-641 (1981).

Schmidt, E. (Hrsg): Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposion am 3. März 1979 in Düsseldorf. Deutsches Grünes Kreuz, Marburg/Lahn (1980).

Senechal, P. K.: Long term effects of early mother/infant contact. Journal of Family Practice 8 (3), 511-516 (1979).

Siegel, E.: Early and extended maternal-infant contact. A critical review. A. J. Dis. Child. 136 (3), 251-257 (1982).

Spitz, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart (1973).

Spitz, R. A.: Nein und Ja. Klett, Stuttgart (1978).

Spitz, R. A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart (1980).

Stanley, E. O.: A study of tongue thrust and related factors in breast-fed and in bottle-fed school children. Diss. Abstr. Int. 33 (3-B), 1316-1317 (1972).

Sternowsky, H.-J., Teppe-Seiradakes, B.: Bereitschaft zum Stillen. Dtsch. Ärztebl. 79 (33), 36-38 (1982).

Struck, K.: Die Einheit und die Abnabelung. Das Stillen und die Unabhängigkeit. Kindheit 3, 303-317 (1981).

Switzky, L. T., Vietze, P. M., Switzky, H. N.: Attitudinal and demographic predictors of breast-feeding and bottle-feeding behavior by mothers of six-week-old infants. Psychological Reports 45 (1), 3-14 (1979).

Thimmayamma, B. V., Vidyavati, M., Belavady, B.: Infant feeding practices of working mothers in a urban area. Indian J. Med. Res. 72, 834-839 (1980).

Tönz, O., Schwaninger, U., Holzherr, E., Schafroth, M.: Die Säuglingsernährung in der Schweiz. I. Teil: Natürliche Ernährung: das Stillen. Schweiz. med. Wschr. 110 (24), 937-947 (1980).

Tönz, O., Schwaninger, U.: Die Säuglingsernährung in der Schweiz 1978. II. Teil: Die künstliche Ernährung. Schweiz. med. Wschr. 110 (42), 1522-1531 (1980).

Tompson, M.: The effectiveness of mother-to-mother help: Research on the La Leche League International Program. Birth and the Family Journal 3 (4), 165-170, 179 (1976).

Tylden, E.: Psychological and social considerations in breast feeding. J. Hum. Nutr. 30 (4), 239-244 (1976).

Waletzky, L. R.: Breastfeeding and weaning. Some psychological considerations. Primary Care 6 (2), 341-355 (1979).

Waletzky, L. R.: Husband's problems with breast-feeding. Am. J. Orthopsychiatry 49 (2), 349-352 (1979).

Walraven, M. G.: Mother and infant cardiac responses during breast and bottle feeding. Diss. Abstr. Int. 36 (1-B), 430 (1975).

Weichert, C. E.: Lactational reflex recovery in breast-feeding failure. Pediatrics 63 (5), 799-803 (1979).

Wenderlein, J. M.: Mutter-Kind-Beziehung und Stillen. Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (10), 779-782 (1975).

West, C. P.: Factors influencing the duration of breast-feeding. J. Biosoc. Sci. 12 (3), 325-331 (1980).

Wimmer-Puchinger, B., Pesta, Th., Thür-Nagel, M.: Die Bedeutung der Schwangerschaftseinstellung und des frühen Mutter-Kind-Kontaktes für das Stillverhalten. Partnerberatung 19 (1), 20-26 (1982).

Winikoff, B., Baer, E. C.: The obstetrician's opportunity: Tranlating "breast is best" from theory to practice. Am J. Obstet. Gynecol. 138 (1), 105-117 (1980).

Winnicott, D. W.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt/M. (1983).

Wright, P., Fawcett, J., Crow, R.: The development of differences in the feeding behaviour of bottle and breast fed human infants from birth to two month. Behavioural Processes 5 (1), 1-20 (1980).

Yeung, D. L., Pennell, M. D., Leung, M., Hall, J.: Breast-feeding: prevalence and influencing factors. Can. J. Public Health 72 (5), 323-330 (1981).

Anhang (Fragebogen u. a.)

Freie Universität Berlin
Universitätsklinikum
Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe

E r k l ä r u n g

Ich habe mich entschlossen, im Klinikum Steglitz der FU Berlin zu entbinden und bin bereit, an der Befragung über das Stillen im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und der Rücktritt während der Untersuchung jederzeit möglich.

Berlin, den.....

.....
(Unterschrift)

Freie Universität Berlin
Universitätsklinikum Steglitz
Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe
Nachfragen: E. Wäscher Tel. 211 11 97

S T I L L S T U D I E

Aufnahmebogen

Lesen Sie sich jeweils eine Frage in Ruhe durch und kreuzen Sie dann jeweils nur eine Antwort an. Benutzen Sie für Ihre Kreuze bitte nur die Kästchen der linken Seite direkt bei den Anwortmöglichkeiten.

Laufende Nummer 162 (1–3)
Kartenart 1 (4)

Ausfülldatum ☐☐ ☐☐ ☐☐ (5–10)
Tag Monat Jahr

1. Geburtsdatum ☐☐ ☐☐ ☐☐ (11–16)
Tag Monat Jahr

2. Familienstand (17)
1 ☐ ledig
2 ☐ verheiratet
3 ☐ getrennt oder in Scheidung lebend
4 ☐ geschieden
5 ☐ verwitwet

3. Wohnsituation (18)
1 ☐ lebe mit Ehemann/Partner zusammen
2 ☐ lebe in Wohngemeinschaft, aber ohne Partner
3 ☐ lebe allein, habe aber ständigen Kontakt zum Partner
4 ☐ lebe allein

4. Welche Schulbildung haben Sie? (19)
1 ☐ noch Schülerin
2 ☐ Sonderschule
3 ☐ Hauptschule ohne Abschluß
4 ☐ Hauptschule mit Abschluß
5 ☐ Mittlere Reife
6 ☐ Abitur
7 ☐ Sonstige .....

5. Welchen Berufsabschluß haben Sie?
1 ☐ noch Schülerin
2 ☐ keine Berufsausbildung begonnen
3 ☐ ungelernt
4 ☐ angelernt
5 ☐ in Lehre
6 ☐ Lehre abgeschlossen
7 ☐ in Fachhochschulausbildung
8 ☐ Fachhochschule abgeschlossen
9 ☐ in Hochschulausbildung
10 ☐ Hochschulausbildung abgeschlossen

☐ 20

6. Wie lautet Ihre zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit?
.....

7. Waren Sie zu Beginn Ihrer Schwangerschaft berufstätig?
1 ☐ ja
2 ☐ nein

☐ 21

8. Wie lautet die Berufsbezeichnung Ihres Ehemanns/ Partners?
.....

9. Wann wollen Sie Ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen?
1 ☐ sofort nach Ende des Mutterschutzes, also nach acht Wochen
2 ☐ am Ende des "Baby-Halbjahres"
3 ☐ vorläufig nicht
4 ☐ weiß noch nicht

☐ 22

10. War Ihre Schwangerschaft ursprünglich erwünscht?
1 ☐ ja sehr
2 ☐ eher ja
3 ☐ eher nein
4 ☐ überhaupt nicht

☐ 23

11. Was wünschen Sie sich mehr?
1 ☐ ein Mädchen
2 ☐ einen Jungen
3 ☐ ist mir egal
☐ 24

12. Haben Sie an einem Säuglingspflegekurs teilgenommen?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
☐ 25

13. Haben Sie an einem Gymnastikkurs für Schwangere teilgenommen?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
☐ 26

14. Haben Sie die Absicht, Ihr Kind zu stillen?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß noch nicht
☐ 27

15. Falls Sie die Absicht haben, wie lange haben Sie vor, Ihr Kind zu stillen?
1 ☐ Angabe in Wochen .....
2 ☐ Angabe in Monaten .....
3 ☐ solange die Milch reicht
4 ☐ noch keine Gedanken darüber gemacht
☐☐ 28

16. Haben Sie Zweifel, daß es mit dem Stillen bei Ihnen nicht klappen könnte?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht
☐ 31

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

© 1972 by Verlag Hans Huber Bern
3 456 30536 2

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschatzt.
37	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

S-S-G
Fragebogen

Anleitung

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Sammlung von Äußerungen über Schwangerschaft, Geburt und Sexualität vor. Wir bitten Sie, hierzu Ihre persönliche Stellungnahme abzugeben. Um Ihnen dies zu erleichtern, haben wir für jede Feststellung drei Stufen der Zustimmung und drei Stufen der Ablehnung vorgesehen.

Ablehnung			**Zustimmung**		
−3 völlig unzutreffend	−2 unzutreffend	−1 eher unzutreffend	+1 eher zutreffend	+2 zutreffend	+3 völlig zutreffend

Bitte streichen Sie jeweils die Zahl durch, welche Ihre Meinung am ehesten wiedergibt. Dazu ein Beispiel:

	Ablehnung			**Zustimmung**		
Mit größeren Kindern kommt man viel besser aus als mit kleinen Babys.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
Angenommen, diese Äußerung stimmt mit Ihrer persönlichen Meinung völlig überein, dann streichen Sie bitte +3 an.	−3	−2	−1	+1	+2	~~+3~~
Wenn diese Äußerung mit Ihrer persönlichen Meinung eher nicht übereinstimmt, dann streichen Sie bitte −1 an.	−3	−2	~~−1~~	+1	+2	+3

Sie sehen also, daß man immer mehrere Möglichkeiten hat, um den Grad der Übereinstimmung seiner persönlichen Ansicht mit den vorgelegten Äußerungen auszudrücken. Sie können für Ihre Übereinstimmung die Werte +1 (schwach), +2 (mittel), +3 (stark) verwenden, für Ihre Nicht-Übereinstimmung die Werte −1 (schwach), −2 (mittel), −3 (stark).

- Bitte beantworten Sie ausnahmslos alle Fragen, auch wenn Ihnen manchmal die Antwort schwer fällt.
- Es gibt keine „richtigen" und „falschen" Antworten, da jeder das Recht auf eigene Anschauungen hat.
- Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- Denken Sie bei der Beantwortung nicht zu lange nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen als erste einfällt!

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.
Copyright by Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen

		Ablehnung			Zustimmung		
		völlig unzutreffend	unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	zutreffend	völlig zutreffend
OA	1. Es gibt für eine Frau nichts Unangenehmeres, als schwanger zu sein.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	2. Oft hat eine Mutter die Befürchtung, sie könnte ein mißgestaltetes Kind zur Welt bringen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	3. Eine junge Mutter fühlt sich durch das Stillen in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeengt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	4. Perverse Gedanken haben mich manchmal bedrückt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	5. Man sollte von keiner Frau erwarten, daß sie mehr als ein, schlimmstenfalls zwei Kinder zur Welt bringt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	6. Die meisten Leute finden Gedanken über Sexualität sehr störend.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
GA	7. Oft überkommt es einen, daß man bei der Geburt sterben könnte.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	8. Wo es heute bereits so hochwertige Babynahrung gibt, ist es sicher besser, den Säugling mit der Flasche als mit der Brust groß zu ziehen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	9. Eltern müssen bei Kindern schon geringste körperliche Beschwerden sehr erst nehmen, da oft gefährliche Krankheiten dahinterstecken.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	10. Aus ganz natürlichen Gründen widerstrebt es vielen Frauen, ein Kind zu haben.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	11. Eine Frau hat oft Angst, das Ungeborene könnte durch den Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft geschädigt werden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
GA	12. Es ist ganz normal, wenn sich eine Frau die größten Sorgen über Komplikationen bei der Geburt macht.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	13. Es wäre schade, wenn eine Mutter z. B. wegen einer Krankheit verhindert wäre, ihr Kind zu stillen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	14. Eine Mutter kommt aus Angst, daß ihrem Kind etwas zustoßen könnte, nie richtig zur Ruhe.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	15. Das Kinderbekommen ist für den Fortbestand der Menschheit ein notwendiges Übel.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	16. Mütter fürchten sich, daß sie ihr Baby beim Anfassen verletzen könnten.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	17. Mit einem Kind kann man gar nicht oft genug zum Arzt gehen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
GA	18. Jede Mutter hat große Angst vor der Geburt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	19. Eine kluge und intelligente Frau vermeidet es, überhaupt schwanger zu werden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	20. Es gibt keine Entschuldigung für eine Mutter, wenn sich ihr Kind verletzt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	21. Sexuelle Witze sind abstoßend.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	22. Eine moderne Mutter wird gut daran tun, das Stillen zu unterlassen, da dies der Formschönheit der Brüste schaden könnte.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	23. Sexuelle Tagträume muß man unterdrücken.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	24. Die Schwangerschaft ist häufig nicht nur für die berufstätige Frau eine schwere Belastung.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	25. Die meisten Mütter sorgen sich, daß ihr Kind schwer erkranken könnte.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	26. Kinder sollten möglichst wenig über Sexualität hören.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
GA	27. Es ist völlig sinnlos, wenn man bei der Geburt auch nur geringe Schmerzen erleidet, wo es doch bereits so viele medizinische Hilfsmittel gibt, die eine schmerzfreie Geburt ermöglichen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	28. Das Stillen des Kindes ist eigentlich für jede Mutter unangenehm.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	29. Wie sehr sich eine Frau ein Baby auch wünschen mag, eine Schwangerschaft ist immer ein unangenehmes Erlebnis.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	30. Eine Schwangere fürchtet nichts mehr, als daß sie durch den Geschlechtsverkehr ihr Kind verlieren könnte.	−3	−2	−1	+1	+2	+3

		Ablehnung			Zustimmung		
		völlig unzutreffend	unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	zutreffend	völlig zutreffend
ES	31. Frauen können auf sexuellem Gebiet ruhig die Initiative ergreifen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	32. Die Schwangerschaft ist eine wunderbare Zeit der Erwartung.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	33. Eine Mutter hat große Angst, ihrem Kind könnte in einem unbewachten Augenblick etwas zustoßen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	34. Eine Mutter fürchtet nichts so sehr, als ein totes Kind auf die Welt zu bringen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	35. Selbstbefriedigung ist ungesund.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	36. Eine schwangere Frau ist eine unglückliche Frau.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	37. Mütter sorgen sich häufig, daß Personen, die mit ihrem Kind spielen, zu grob sein könnten.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	38. Eine Frau zweifelt oft an der Sinnhaftigkeit einer Schwangerschaft.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	39. Wenige Frauen empfinden die Schwangerschaft als eine angenehme Zeit.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	40. Jede Mutter befürchtet, sie könnte vielleicht ein schwachsinniges Kind zur Welt bringen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	41. Eine Frau, die früher einmal im Beruf stand, hat ein Recht darauf, die Schwangerschaft als lästig zu empfinden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	42. Das Stillen war nur zu einer Zeit angebracht, als es noch keine künstliche Babynahrung gab.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	43. Die Schwangerschaft ist für viele Frauen eine Enttäuschung.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	44. Eine schwangere Frau verzichtet nur ungern auf Annehmlichkeiten, die sie vor der Schwangerschaft gewohnt war.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	45. Eine Mutter, die in der Schwangerschaft gestürzt ist, macht sich große Vorwürfe, daß das Kind einen Schaden davon getragen haben könnte.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	46. Es ist unangenehm, wenn sich Leute in der Öffentlichkeit küssen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	47. Eine Frau empfindet das noch ungeborene Kind oft als einen störenden Eindringling.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	48. Mütter machen sich große Vorwürfe, wenn ihre Kinder durch Unfälle verletzt werden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	49. Sexuelle Gefühle sollen unterdrückt werden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	50. Häufig wünscht sich eine Frau, daß ihr Kind nie geboren werden möge.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	51. Die meisten Frauen wollen ihr Kind auf jeden Fall stillen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	52. Die meisten Leute denken nur selten an Sexualität.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	53. Wie nett Umstandskleider auch geschneidert sein mögen, eine schwangere Frau sieht immer plump und unattraktiv aus.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	54. Mütter haben oft Angst, ihrem Kind durch eine falsche Lebensweise zu schaden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	55. Obwohl das Stillen zeitraubend ist, sollte es jede Mutter so lange als möglich durchführen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	56. Viele Menschen haben wegen ihrer sexuellen Erfahrungen Schuldgefühle.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	57. Die Bewegungen des Kindes sind für eine Schwangere sehr lästig.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	58. Die meisten Eltern sorgen und ängstigen sich viel zu wenig um ihre Kinder.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	59. Die meisten Menschen versuchen bewußt, nicht an sexuelle Dinge zu denken.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
GA	60. Komplizierte Geburten sind häufiger als man denkt.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	61. Durch das Stillen fühlt sich jede Mutter besonders eng mit ihrem Kind verbunden.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	62. Eigentlich ist die Schwangerschaft eine Krankheit.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
AS	63. Flaschenernährung ist für das Kind gesünder als Stillen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3

		Ablehnung			Zustimmung		
		völlig unzutreffend	unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	zutreffend	völlig zutreffend
ES	64. Vielen Leuten verursacht ihr sexuelles Verhalten Ärger.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
OA	65. Die Schwangerschaft macht eine Frau sehr häßlich.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	66. Durch die Unwissenheit junger Mütter wird einem Kind oft geschadet.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	67. Viele Frauen fürchten, daß sie eine Fehlgeburt haben könnten.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	68. Es ist ekelerregend, wenn sich Tiere auf der Straße sexuell betätigen.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
ES	69. Die „freie Liebe" ist ein großes Problem in unserer Gesellschaft.	−3	−2	−1	+1	+2	+3
VA	70. Während der Schwangerschaft haben viele Frauen Angst vor Blutungen, welche der Gesundheit ihres Kindes schaden könnten.	−3	−2	−1	+1	+2	+3

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie wirklich **alle** Sätze beantwortet haben!

Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden Fragen.

Name: . . . . . Datum: . . . . . .

Geburtsdatum: . . . . . .

Zivilstand:

ledig	1
verheiratet	2
geschieden und nicht wieder verheiratet	3
geschieden und wieder verheiratet	4
verwitwet und nicht wieder verheiratet	5
verwitwet und wieder verheiratet	6

Wohnortsgröße:

bis 2 000 Einwohner	1
2 000 bis 20 000 Einwohner	2
20 000 bis 100 000 Einwohner	3
100 000 bis 200 000 Einwohner	4
über 200 000 Einwohner	5

Schulabschluß:

Sonderschule	1
Volksschule	2
Hauptschule	3
Berufsschule	4
Fachschule (z. B. Handelsschule)	5
Mittlere Reife	6
Höhere Schule ohne Abschluß	7
Höhere Schule mit Abschluß	8
Kurzstudiengänge (z. B. MTA)	9
Hochschule ohne Abschluß	10
Hochschule mit Abschluß	11

Schuldauer in Jahren . . . . . .

Kinderzahl . . . . . .

gelernter Beruf . . . . . .

ausgeübter Beruf . . . . . .

Nicht vom Fragebogenbeantworter auszufüllen!

Skala	Rohwerte	Prozenträge	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Stanine
			4	7	12	17	20	17	12	7	4 Prozent
OA			•	•	•	•	•	•	•	•	•
VA			•	•	•	•	•	•	•	•	•
AS			•	•	•	•	•	•	•	•	•
GA			•	•	•	•	•	•	•	•	•
ES			•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zusatzdaten zum Aufnahmebogen: Laufende Nummer [ ][ ][ ]

17. Erkrankung in der Schwangerschaft

1 [ ] nein
2 [ ] ja
3 [ ] keine Angaben

[ ] 30

18. Geburtsdatum des Kindes

[ ][ ] Tag [ ][ ] Monat [ ][ ] Jahr

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] 32 37

19. Eröffnungszeit und Austreibungszeit

[ ][ ] Stunden

[ ][ ] 39

20. Blutverlust

1 [ ] < 500 ml
2 [ ] ≥ 500 ml
3 [ ] ≤ 1000 ml

[ ] 41

21. Operative Entbindung

1 [ ] nein
2 [ ] Sectio
3 [ ] Vakuumextraktion
4 [ ] Forzeps

[ ] 42

22. Geschlecht des Kindes

1 [ ] männlich
2 [ ] weiblich

[ ] 43

23. Gewicht des Kindes

[ ][ ][ ][ ] Gramm

[ ][ ][ ][ ] 44 47

24. Apgar-Werte

	nach 1 Minute
	nach 5 Minuten
	nach 10 Minuten

49
50

25. Pathologische Befunde des Kindes

1	nein
2	ja
3	keine Angaben

54

26. Besonderheiten im Wochenbett

1	nein
2	ja
3	keine Angaben

55

27. Lactation während des Klinikaufenthalts

1	Muttermilch ausreichend
2	Muttermilch nicht ausreichend
3	Stillunwilligkeit
4	keine Angaben
5	anderes

56

28. Entlassung des Kindes mit der Mutter

1	ja
2	nein

57

29. SSG - Ergebnisse

	OA
	VA
	AS
	GA
	ES

58
60
62
64
66

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Universitätsklinikum Steglitz
Frauenklinik und Poliklinik

FU | BERLIN

Universitätsklinikum Steglitz, Hindenburgdamm 30, D 1000 Berlin 45

Nachfragen: E. Wäscher Tel. 211 11 97
Telefon/Durchwahl: (030) 798 .....
Intern: FU 94
Senat 99294
Telex: 184873 uklln

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Datum

Sehr geehrte

Zur Geburt Ihres ersten Kindes möchte ich Ihnen herzlich gratulieren!

Vor Ihrer Entbindung haben Sie im Klinikum Steglitz an einer Untersuchung über das Stillen teilgenommem. Wie ich Ihnen damals sagte, ist zur Vervollständigung der Befragung ein weiterer, letzter Fragebogen notwendig, den ich Ihnen hiermit zuschicke.

Nochmals möchte ich darauf hinweisen, daß es bei dieser umfassenden Untersuchung darauf ankommt, jede Erfahrung mit dem Stillen zu erfassen. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen auch dann aus, wenn Sie gar nicht oder nur teilweise gestillt haben oder wenn Sie überhaupt keine Probleme mit dem Stillen hatten.

Für Ihre Mitarbeit an der Studie danke ich Ihnen sehr und hoffe, daß Sie den Fragebogen möglichst bald zurückschicken.

Mit freundlichen Grüßen

Karkut

Priv.-Doz. Dr. G. Karkut

E. Wäscher/Ärztin

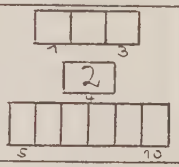
Freie Universität Berlin
Universitätsklinikum Steglitz
Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe
Nachfragen: E. Wäscher Tel. 211 11 97

S T I L L S T U D I E

Verschickungsbogen

Lesen Sie sich jeweils eine Frage in Ruhe durch und kreuzen Sie dann jeweils nur eine Antwort an. Benutzen Sie für Ihre Kreuze bitte nur die Kästchen der linken Seite direkt bei den Antwortmöglichkeiten.

Laufende Nummer
Kartenart



Ausfülldatum ☐☐ ☐☐ ☐☐
Tag Monat Jahr

1. Geburtsdatum ☐☐ ☐☐ ☐☐
Tag Monat Jahr

2. Wann haben Sie sich erstmals die Frage gestellt, ob Sie stillen wollen?

1 ☐ schon vor der Schwangerschaft
2 ☐ zu Beginn der Schwangerschaft
3 ☐ gegen Ende der Schwangerschaft
4 ☐ nach der Entbindung
5 ☐ überhaupt nicht

3. Wer oder was veranlaßte Sie in erster Linie, sich mit dem Thema des Stillens zu befassen?

1 ☐ der Frauenarzt
2 ☐ Zeitschriften oder Bücher
3 ☐ Verwandte oder Bekannte
4 ☐ der Partner
5 ☐ ich brauchte dazu niemanden
6 ☐ ich habe mich damit nicht befaßt

4. Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach heutzutage die Muttermilch?

1 ☐ Muttermilch ist besser als Fertigmilchprodukte für Säuglinge
2 ☐ Fertigmilchprodukte für Säuglinge sind ein zeitgemäßer Ersatz für Muttermilch
3 ☐ Fertigmilchprodukte für Säuglinge sind besser als Muttermilch
4 ☐ ich finde das viele Gerede über Muttermilch und Stillen etwas übertrieben
5 ☐ weiß nicht

☐ 19

5. Waren Ihnen die Vorteile des Stillens (wie z.B. schnellere Rückbildung der Gebärmutter, ideale Zusammensetzung der Milch, bessere Gesundheit des Kindes) bekannt?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

☐ 20

6. Wie wichtig war Ihnen persönlich das Stillen?

1 ☐ darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht
2 ☐ ich wollte nicht stillen
3 ☐ ich wollte gerne stillen, dachte aber, wenn's nicht geht, dann nehme ich eben die Flasche
4 ☐ ich wollte unbedingt stillen

☐ 21

7. Das Stillen ist in der letzten Zeit wieder in Mode gekommen. Glauben Sie, daß das Ihre Entscheidung zu stillen beeinflußt hat?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

☐ 22

8. Halten Sie das Stillen für einen einfachen und natürlichen Vorgang?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

☐ 23

9. Hatten Sie schon Kontakt zu stillenden Müttern vor oder während Ihrer Schwangerschaft?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
☐ 24

10. Hat Ihre Mutter Sie gestillt?
1 ☐ ich bin gestillt worden
2 ☐ ich bin nicht gestillt worden
3 ☐ weiß nicht
☐ 25

11. Haben Sie mit Ihrem Partner während der Schwangerschaft über das Stillen gesprochen?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ nicht zutreffend, kein Partner
☐ 26

12. Welche Einstellung hatte Ihr Partner dazu?
1 ☐ eher zustimmend
2 ☐ eher gleichgültig
3 ☐ eher ablehnend
4 ☐ weiß nicht
5 ☐ nicht zutreffend, kein Partner
☐ 27

13. Haben Verwandte oder Bekannte während Ihrer Schwangerschaft
1 ☐ überwiegend zum Stillen geraten
2 ☐ überwiegend vom Stillen abgeraten
3 ☐ teils zum Stillen geraten, teils vom Stillen abgeraten
4 ☐ über das Stillen wurde nie gesprochen
☐ 28

14. Haben andere Ihnen gesagt, daß Sie schon zufrieden sein können, wenn Sie wenigstens in den ersten Tagen oder Wochen genug eigene Milch haben?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
☐ 29

15. War Ihr Partner bei der Entbindung anwesend?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ nicht zutreffend, kein Partner
☐ 30

16. Haben Sie während Ihres Klinikaufenthaltes am Rooming-in teilgenommen?

1 ☐ ja, tagsüber und nachts war mein Kind in meinem Zimmer
2 ☐ ja, tagsüber bis 22.00 Uhr war mein Kind in meinem Zimmer
3 ☐ nein

31 ☐

17. Wie haben Sie sich nach Ihrer Entbindung im Klinikum Steglitz aufgehoben gefühlt?

1 ☐ sehr gut
2 ☐ eher gut
3 ☐ eher schlecht
4 ☐ sehr schlecht

32 ☐

18. Wann haben Sie Ihr Kind zum ersten Mal angelegt?

1 ☐ sofort nach der Geburt
2 ☐ bis zu sechs Stunden danach
3 ☐ zwischen sechs und zwölf Stunden danach
4 ☐ nach zwölf Stunden und später
5 ☐ gar nicht

33 ☐

Wenn Sie Ihr Kind gar nicht angelegt haben, dann fahren Sie bitte fort mit Frage 37.

19. Hätten Sie Ihr Kind lieber zu einem anderen Zeitpunkt erstmals angelegt?

1 ☐ früher
2 ☐ später
3 ☐ genau zu diesem Zeitpunkt
4 ☐ weiß nicht

34 ☐

20. Wenn Sie Ihr Kind lieber zu einem anderen Zeitpunkt angelegt hätten, warum kam es nicht dazu?

.....
.....
.....

21. Wie beurteilen Sie die Stillanleitungen, die Sie während Ihres Klinikaufenthaltes erhielten?

1 ☐ sehr gut
2 ☐ befriedigend
3 ☐ mangelhaft
4 ☐ weiß nicht

☐ 35

22. Wie empfanden Sie das Stillen in den ersten Tagen?

1 ☐ beglückend
2 ☐ befriedigend
3 ☐ weder angenehm noch unangenehm
4 ☐ unangenehm
5 ☐ schmerzhaft

☐ 36

23. Waren Sie mit Ihrer Stilleistung in der Klinik

1 ☐ eher zufrieden
2 ☐ eher unzufrieden
3 ☐ weiß nicht

☐ 37

24. Hatten Sie Probleme (z.B. Wundsein) mit Ihren Brustwarzen?

1 ☐ ja
2 ☐ nein

☐ 38

25. Wie haben Sie Ihr Kind nach Ihrem Klinikaufenthalt gestillt?

1 ☐ eher unregelmäßig, z.B. nach Bedarf des Kindes
2 ☐ eher regelmäßig, z.B. alle vier Stunden
3 ☐ gar nicht mehr

☐ 39

Wenn Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Klinikum Ihr Kind gar nicht mehr gestillt haben, dann fahren Sie bitte fort mit Frage 36.

26. Mußten Sie innerhalb der ersten vier Wochen zufüttern?

1 ☐ nein, ich stillte ohne Zufüttern
2 ☐ zuerst ja, dann stillte ich voll
3 ☐ zuerst nein, dann mußte ich zufüttern
4 ☐ ja, ich mußte immer zufüttern

☐ 40

27. Haben Sie Ihrem Kind während einer Mahlzeit eine Brust gegeben oder beide?
1 ☐ eine
2 ☐ beide
3 ☐ je nach Bedarf
41

28. Haben Sie Ihr Kind vor und/oder nach dem Stillen gewogen?
1 ☐ ja, immmer
2 ☐ ja, manchmal
3 ☐ nein
42

29. Haben Sie Ihrem Kind zusätzlich Tee aus einer Flasche gegeben?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
43

30. Wenn Sie Tee gegeben haben, war der Tee gesüßt?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
44

31. Hatten Sie das Gefühl, daß sich Ihr Kind während der Stillzeit gut entwickelt?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht
45

32. Bemerkten Sie einen Rückgang Ihrer Milchproduktion?
1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht
46

33. Wie reagierte Ihr Partner aufs Stillen?
1 ☐ gleichgültig
2 ☐ zustimmend
3 ☐ ablehnend
4 ☐ nicht zutreffend, kein Partner
47

34. Wie war die überwiegende Reaktion anderer Personen auf Ihr Stillen?

1 ☐ gleichgültig
2 ☐ zustimmend
3 ☐ ablehnend

☐ 48

35. Wie waren Ihre Stillgewohnheiten?

1 ☐ ich war immer mit dem Kind allein
2 ☐ nur mein Partner war noch anwesend
3 ☐ vor manchen Verwandten und Bekannten stillte ich auch
4 ☐ auch die Anwesenheit fremder Personen machte mir nichts aus

☐ 49

36. Hatten Sie Probleme mit dem Stillen?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

☐ 50

37. Hätten Sie gerne mehr Informationen über das Stillen gehabt?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

☐ 51

38. Halten Sie die Säuglingsernährung mit der Flasche für bequemer als das Stillen?

1 ☐ bequemer
2 ☐ macht keinen Unterschied
3 ☐ unbequemer
4 ☐ weiß nicht

☐ 52

39. Wie lange haben Sie gestillt?

1 ☐ gar nicht
2 ☐ nur während des Klinikaufenthaltes
3 ☐ zwei bis vier Wochen
4 ☐ vier bis sechs Wochen
5 ☐ sechs bis acht Wochen
6 ☐ acht bis zehn Wochen
7 ☐ zehn bis zwölf Wochen
8 ☐ stille jetzt noch, wie lange noch? .....

☐ 53

40. Welche Gründe gibt es für das Stillende bzw. das Nicht-Stillen? (Mehrfachantworten möglich)

1 ☐ keine Freude am Stillen
2 ☐ ausreichende Stilldauer
3 ☐ ungenügende Milchproduktion
4 ☐ Trinkschwierigkeiten des Kindes
5 ☐ Entzündungen der Brustwarzen oder -drüsen
6 ☐ Wiederaufnahme der Berufstätigkeit
7 ☐ Wunsch des Partners
8 ☐ andere, welche? .....

54 58 61

41. Hätten Sie gerne noch weiter gestillt?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

62

42. Sind Sie inzwischen wieder berufstätig?

1 ☐ ja, ich arbeite wieder voll
2 ☐ ja, ich arbeite halbtags oder habe Teilzeitbeschäftigung
3 ☐ nein

63

43. Führen Sie diese Berufstätigkeit überwiegend zu Hause aus?

1 ☐ ja
2 ☐ nein

64

44. Waren Sie nach Ihrer Entbindung schon ernsthaft krank?

1 ☐ nein
2 ☐ ja, ich hatte .....

65

45. War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank?

1 ☐ nein
2 ☐ ja, es hatte .....

66

46. Hatten Sie nach Ihrer Entbindung besondere Belastungen? (Mehrfachankreuzungen möglich)

1 ☐ nein
2 ☐ Wohnungsumzug
3 ☐ finanzielle Sorgen
4 ☐ Probleme mit dem Partner
5 ☐ Unfall/Todesfall in der Familie
6 ☐ andere, welche? .....

67 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 71

47. Würden Sie ein zweites Kind (wieder) stillen wollen?

1 ☐ ja
2 ☐ nein
3 ☐ weiß nicht

72 ☐

48. Was würden Sie einer Freundin raten, die ihr erstes Kind erwartet?

1 ☐ das Kind unbedingt zu stillen
2 ☐ vom Stillen abraten
3 ☐ weiß nicht
4 ☐ anderes, was? .....

73 ☐

Der Fragebogen beinhaltet nicht alles, was mit dem Stillen im Zusammenhang steht. Daher möchten wir Ihnen zum Abschluß die Möglichkeit geben, ganz persönliche Erfahrungen, Erlebnisse oder Kritik am Fragebogen hier aufzuschreiben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Danksagung

Herrn Prof. Dr. H. H. Studt danke ich für die Überlassung des Themas und die ausführliche Betreuung der Arbeit.

Mein Dank gilt ebenso Herrn Priv.-Doz. Dr. G. Karkut für seine intensive Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchungen.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau Dipl.-Psych. A. Riehl und Herrn Dr. K. Wegscheider für ihre wertvollen Anregungen bei der Erstellung der Fragebogen bedanken.

Nicht zuletzt danke ich Herrn Dipl.-Psych. I. Enders für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung und seine kritischen Hinweise bei vielen gemeinsamen Diskussionen.

Nicht vergessen möchte ich, auch meiner Freundin Frau Dipl.-Psych. B. Heidepriem zu danken, deren unermüdliches Zuhören mir die Bearbeitung des Themas erleichterte.

Lebenslauf

Name	: Wäscher
Vorname	: Elke
Geburtsname	: Hoffmann
Geburtsdatum	: 16.4.1952
Geburtsort	: Berlin
Familienstand	: verheiratet - zwei Kinder
Schulbildung	: 1958-1964 Grundschule in Berlin 1964-1971 neusprachliches Gymnasium in Berlin, Abschluß Abitur
Hochschulausbildung	: 1971-1975 Studium der Philosophie und Geschichte an der FU Berlin 1975-1981 Studium der Humanmedizin an der FU Berlin 29.5.1981 Erteilung der Approbation
Berufsausbildung	: 1982-1983 Hospitation an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Steglitz in Berlin Seit 1.10.1985 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Gesundheitsforschung e.V. in Berlin (Teilvorhaben der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP)